

LEVE FÁCIL
CONDIÇÕES
GERAIS

The logo for Leve Saúde features the word "Leve" in a white, sans-serif font, with a yellow arc above the letter "e". To the right of "Leve" is the word "saúde" in a smaller, white, lowercase sans-serif font.

**Que o seu
futuro seja
leve**

levesaude.com.br

LEVE SAÚDE

Leve Fácil

Empresarial Com Coparticipação

1ª Edição – Fev.2021

ANS - nº 42233-9

Sumário

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO	8
2. TIPO DE CONTRATAÇÃO	8
3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS.....	8
4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	9
5. ÁREA DE ATUAÇÃO	9
6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE.....	9
7. FORMAÇÃO DE PREÇO	9
8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	9
9. MUDANÇA DE PLANO.....	12
10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	12
11. EXCLUSÕES DE COBERTURA	15
12. DURAÇÃO DO CONTRATO	17
13. PRAZOS DE CARÊNCIA	17
14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	19
15. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	23
17. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	29
18. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.....	31
19. REAJUSTE PERIÓDICO	32
20. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	34
21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	36
22. RESCISÃO	38
23. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	40
24. ELEIÇÃO DE FORO	41

GLOSSÁRIO

As definições abaixo têm o objetivo de esclarecer a contratação e ampliar o entendimento dos termos encontrados no presente instrumento

Acidente Pessoal

É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

Agravo

É o acréscimo financeiro no valor da contraprestação paga ao produto privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o Beneficiário.

Aniversário

É a data em que o contrato completa cada ano de vigência.

Assinatura Eletrônica

É aquela que se dá se forma digital, seja através de certificação digital; login e senha após cadastro; identificação biométrica; assinatura eletrônica certificada; ou outras formas que assegurem a sua autenticidade e sejam legalmente admitidas.

Beneficiário

É a pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos definidos em contrato assinado entre o Contratante e o Contratado para garantia da assistência médica.

Beneficiário Titular

É a pessoa física incluída na proposta de adesão que detém o vínculo com o Contratante, nos termos do art. 5º da RN 195/09 e alterações da ANS.

Beneficiário Dependente

É a pessoa física incluída na proposta de adesão que possui com o Titular um dos vínculos de parentesco admitidos nesse contrato.

Carência

É o tempo corrido e ininterrupto a partir da data de inclusão de cada beneficiário, em que o respectivo Beneficiário não terá direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos, independente de estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Cobertura Assistencial

É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) organizada por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado pelo Contratante com a operadora.

Cobertura Parcial Temporária

É a suspensão por período ininterrupto de até 24 meses, à partir da data da contratação ou adesão ao produto privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário.

Complicações na Gestação

Alterações patológicas durante a gestação, como gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes gestacional e abortamento.

Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para o Contratado, quanto para o Contratante/Beneficiário.

Consulta Médica Psiquiátrica

Atendimento médico eletivo realizado por profissional médico especializado em psiquiatria.

Contrato

Documento que estabelece obrigações e direitos tanto do Contratado quanto do Contratante/Beneficiário do plano de assistência à saúde.

Contrato assinado eletronicamente

É aquele cuja formalização se deu de forma eletrônica. Sua reprodução digitalizada faz a mesma prova do original, se aplicando a todos os fins de direito, nos termos da regulamentação em vigor.

Contratação Eletrônica

É aquela realizada por meios digitais utilizando recursos e assinaturas eletrônicas, observando procedimento específico estabelecido na regulamentação em vigor. Nesse tipo de contratação, toda vez em que é solicitada a assinatura eletrônica em qualquer documento durante o processo, aplicando-a, significa que o respectivo documento foi assinado.

Contratado

É a Operadora que assume todos os riscos inerentes às coberturas de despesas ambulatoriais nos termos e limites destas Condições Gerais.

Contratante

É a pessoa jurídica legítima a contratar planos privados de assistência à saúde destinados às pessoas naturais que com ela mantenham vínculo empregatício ou estatutário, nos termos do art. 5º da RN195/09 e alterações.

Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Contratante/Beneficiário, conforme o caso, à operadora após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

Doença

Evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência médica ou hospitalar.

Doença Aguda

Doença de surgimento súbito, passível de reversão com tratamento.

Doença Congênita

Doença com a qual o indivíduo nasce. Pode ser hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, com manifestação a qualquer tempo.

Doença Crônica

Doença de caráter mórbido irreversível, passível de crises de agudização.

Doença ou Lesão Preexistente

É aquela que o Beneficiário ou seu responsável legal saiba ser portador, na época da contratação de um plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Emergência

É a alteração aguda do estado de saúde que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

Emergência Psiquiátrica

Situação clínica ou cirúrgica em que há necessidade de atuação médica imediata, por implicar risco para a vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, assim caracterizada em declaração do médico assistente.

Entrevista Qualificada

É a entrevista na qual ocorre o preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pelo Contratado, no qual o Beneficiário ou seu representante legal relaciona, se for o caso, toda(s) a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) sobre a(s) qual(is) tenha prévio conhecimento, tanto em relação a ele próprio, quanto a todos os Dependentes integrantes da Proposta de Admissão. O Beneficiário ou seu representante legal poderá utilizar-se de um médico orientador da Rede Credenciada ou, ainda, de um médico de sua preferência, desde que, por este último, assumo o ônus da entrevista.

Evento

Conjunto de ocorrências e serviços de assistência médico-hospitalar que tenha por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.

Evento Coberto

É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

Internação Hospitalar

Atendimento que necessite de mais de 12 horas de permanência no hospital.

Internação Psiquiátrica

Internação em unidade clínica por transtornos psiquiátricos codificados pelo CID 10, em situação de risco de vida, danos físicos, morais e materiais importantes.

Internação Psiquiátrica por Dependência Química

Internação motivada por quadro de intoxicação ou abstinência provocado por substâncias químicas.

Leito de Alta Tecnologia

É a acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados.

Limitações de Cobertura

São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Médico Orientador

Profissional médico disponibilizado pelo Contratado ou escolhido pelo Beneficiário para auxiliar no preenchimento da Declaração de Saúde constante da Ficha Cadastral, na ocasião da Entrevista Qualificada.

Mensalidade

É a importância paga pelo Contratante/Beneficiário, conforme o caso, ao Contratado, na periodicidade prevista no contrato, em contrapartida às coberturas oferecidas.

Procedimento

Ato médico ou paramédico que tem por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde do Beneficiário.

Procedimento de Alta Complexidade

É aquele que requer estrutura hospitalar e serviços de alto grau de especialização, relacionado no Índice de Procedimentos de Alta Complexidade que compõe o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data da realização do evento.

Procedimento Estético

É todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise à recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.

Programas Especiais de Atendimento

São ações desenvolvidas pelo Contratado através de programas de indicação de profissionais especialistas ou estabelecimento de saúde (hospitais, clínicas ou laboratórios) preparados para o acompanhamento e tratamento de patologias.

Pronto Atendimento Hospitalar

Atendimento que se resolva em até 12 (doze) horas. Caso ultrapasse esse período, fica caracterizada uma internação hospitalar.

Proposta de Adesão Contratual

Documento em que constam os dados cadastrais do Beneficiário Titular e de seus Dependentes, que ele ou seu responsável legal assina com o compromisso de realizar a entrevista de declaração de saúde.

Rede Credenciada

É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente do Contratado, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) Beneficiário(s).

SADT

Serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento.

Segmentação Assistencial

É o tipo de cobertura contratada no produto de assistência à saúde.

Tabela de Serviços do Contratado

Tabela que relaciona todos os procedimentos médicos utilizados na assistência à saúde dos Beneficiários.

Urgência

É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COLETIVO EMPRESARIAL

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, como **Contratado**, a **LEVE SAUDE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE LTDA.**, também conhecido como **LEVE Saúde**, operadora de planos de assistência à saúde, classificada como sociedade de medicina de grupo e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 42233-9, com sede na Rua Victor Civitta 77 b1 4º andar, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22775-905 e inscrita no CNPJ sob o nº 36.503.186/0001-49; e, de outro lado, como **Contratante**, a pessoa jurídica identificada na proposta de adesão assinada pelas partes e que integra este instrumento contratual e em que constam razão social, CNPJ, endereço e telefone, têm justa e acordada a prestação de assistência médica, na forma das cláusulas e condições a seguir:

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato de cobertura de custos médicos tem característica bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes. É um contrato de adesão, estabelecido na forma do art. 54 do Código de Defesa do Consumidor e dos artigos 458 a 461 do Código Civil, aleatório e não comutativo, em que o Beneficiário titular assume o pagamento da mensalidade pela mera celebração do contrato.

1.2. O Contratado, na forma do inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656/1998, compromete-se, nos limites do plano de saúde contratado, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços médicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na época do evento para a segmentação ambulatorial, para tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) da Organização Mundial da Saúde, por meio da rede credenciada do plano de saúde contratado, observada a abrangência geográfica.

1.3. Este contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação setorial vigente, bem como, subsidiariamente, ao Código de Defesa do Consumidor e ao Código Civil.

2. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Produto Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde Suplementar

Vínculo: Ativos e Inativos

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

Leve Fácil – Empresarial com Coparticipação – número: 487.734/20-9

4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial do produto de saúde ora contratado, em conformidade com a legislação em vigor, é ambulatorial.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação deste contrato se limita aos municípios de Nova Iguaçu/RJ e Rio de Janeiro/RJ.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1. Abrangência geográfica do plano de saúde contratado é grupo de municípios.

6.2. As coberturas previstas neste contrato serão efetuadas por meio da rede credenciada constante no endereço eletrônico www.levesaude.com.br

6.3. O Guia do Usuário conterà a lista de todos os prestadores credenciados (médicos, clínicas, laboratórios), com os serviços e especialidades, em conformidade com a área de abrangência geográfica do plano de saúde.

7. FORMAÇÃO DE PREÇO

7.1. O pagamento da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo Contratante ao Contratado, baseia-se no sistema de pagamento preestabelecido.

8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1. Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

8.1.1. Beneficiário Titular (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com o Contratante;
- b) Pessoas naturais, elencadas na Proposta de Adesão, que mantiverem com o Contratante, um dos demais vínculos admitidos nos incisos I a VI, do §1º, do art. 5º, da Resolução Normativa – RN nº 195/09 e alterações da ANS.

8.1.2. Os Beneficiários Dependentes são:

- a) cônjuge ou companheiro(a), este desde que comprovada a união estável mediante documentação;
- b) filhos naturais ou adotivos, os reconhecidos judicialmente ou extrajudicial da paternidade pelo Beneficiário, enteados, sob tutela ou sob guarda, provisória ou permanente, todos menores de 23 (vinte e três) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;

- c) pessoas naturais, elencadas na Proposta de Adesão, que mantiverem com o Beneficiário Titular vínculo de parentesco até o 3º grau consanguíneo ou 2º grau por afinidade.

8.2. A solicitação de inclusão como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada para o cônjuge e/ou companheiro de Certidão de Casamento e ou comprovante de união estável e para os filho(s) natural(is), adotivo(s), os reconhecidos judicialmente ou extrajudicialmente, e os tutelados ou sob guarda, da Certidão de Nascimento e da cópia autenticada do reconhecimento judicial ou extrajudicial ou Termo de Adoção ou Termo de Tutela ou Termo de Guarda, conforme o caso. A solicitação de inclusão de enteado como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de Certidão de Nascimento que comprove a filiação de um dos cônjuges ou companheiros.

8.3. A solicitação de inclusão de companheiro (a) como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de comprovação da união estável, que se dará por meio de instrumento público ou de declaração de união estável de próprio punho, contendo os números da identidade e do CPF do (a) companheiro (a), endereço, tempo de convívio, números de identidade e assinaturas de duas testemunhas, com firma reconhecida do Beneficiário Titular e do (a) companheiro (a).

8.4. Quando da contratação, fica o Contratante obrigado a demonstrar a legitimidade para a contratação do plano de saúde, nos termos da legislação em vigor.

8.5. A inclusão do Beneficiário Titular e de seus respectivos Dependentes será processada eletronicamente. O Beneficiário Titular deverá solicitar a inscrição mediante preenchimento da Proposta de Adesão correspondente (contendo os respectivos nomes, filiação, endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), nome da mãe e titularidade de sua vinculação ao Plano (titular/dependente), bem como outras informações que venham a ser exigidas pela ANS). A Proposta de Adesão será então remetida ao Contratante para validação.

8.5.1. No ato de solicitação de sua inclusão e/ou das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá a Declaração de Saúde, quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

8.5.1.1. Havendo necessidade de agendamento de entrevista qualificada ou perícia, essas deverão ser agendadas junto ao Contratado e obrigatoriamente realizadas antes da Proposta de Adesão ser remetida para validação do Contratante.

8.5.2. A inclusão somente será processada após a validação do Contratante.

8.5.3. O Contratante deverá enviar eletronicamente ao Contratado a lista de movimentação dos Beneficiários, referentes às validações de inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários, conforme modelo a ser ofertado pelo Contratado.

8.5.4. As movimentações enviadas pelo Contratante referentes às inclusões e alterações de Beneficiários serão processadas em até 20 (vinte) dias contados do recebimento do pedido pelo Contratado. Somente a partir do processamento pelo Contratado iniciará a vigência dos beneficiários no plano, quando poderão ter acesso as coberturas e serão cobradas as mensalidades correspondentes, observando as demais regras estabelecidas neste instrumento, como as carências. As exclusões serão processadas no último dia útil de cada mês, salvo para os casos em que a regulamentação da ANS em vigor exigir expressamente tratamento diverso, hipóteses nas quais serão observadas as exigências normativas.

8.6. Caberá ao Contratante a exibição e entrega dos documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com ele próprio e as condições de dependência, no ato de inscrição, nas inclusões posteriores e quando o Contratado julgar necessário, sendo de sua responsabilidade a autenticidade das informações, bem como entrega dos seguintes documentos relacionados:

- a) Última versão consolidada e eventuais alterações posteriores não consolidadas do Contrato ou Estatuto Social, devidamente registrados na Junta Comercial ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- b) Comprovante atualizado de Inscrição no CNPJ/MF;
- c) Folha de registro dos funcionários incluídos no contrato, quando for o caso;
- d) Relação atualizada de funcionários inscritos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, acompanhada da última guia de recolhimento (GFIP) quitada.

8.7. O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será de 02 (dois) beneficiários.

8.8. Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período de 02 (dois) meses, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

8.9. O Beneficiário Titular será solidariamente responsável pelos atos praticados pelos seus dependentes incluídos neste contrato.

8.10. Os Dependentes deverão ser cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular.

8.11. Poderão ser incluídos Beneficiários Dependentes posteriormente à celebração deste contrato, desde que solicitado pelo Beneficiário Titular, observados os critérios de elegibilidade e o cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

8.11.1. Filho(s) menor (es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inclusão ocorra em até 30 dias do reconhecimento, serão incluídos aproveitando as carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária.

8.11.2. Menor (es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da adoção, guarda ou tutela, serão incluídos aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária.

8.11.3. Se as inclusões ocorrerem após o prazo de 30 dias, contados da adoção, guarda, tutela ou reconhecimento de paternidade, conforme o caso, os Dependentes serão incluídos e deverão cumprir as carências previstas neste contrato e poderá ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, com imposição de Cobertura Parcial Temporária.

8.12. O Contratante deverá enviar, quando solicitado pelo Contratado, xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.

8.13. O Contratante é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente ao Contratado, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

9. MUDANÇA DE PLANO

9.1. A mudança decorrente de alteração de rede menos abrangente para outra mais abrangente, além de implicar a rescisão deste contrato e elaboração de um novo, importará em acréscimo na mensalidade, cujo valor será informado ao Beneficiário na ocasião em que for solicitada a alteração e requererá a observância pelos Beneficiários do prazo de 180 (cento e oitenta) dias para utilização dos novos benefícios e 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos para utilização da nova rede contratada.

9.1.1. Durante o prazo estabelecido no item anterior, os Beneficiários continuarão a dispor das mesmas condições e benefícios do plano originário, ou seja, daqueles garantidos antes da alteração do plano.

9.1.2. Os Beneficiários Dependentes sempre acompanharão o plano do Beneficiário Titular.

10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1. O Contratado cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada do Contratado, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que

se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

10.2. A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
 - a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem

ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

10.3. Na atenção ambulatorial prestada aos portadores de transtornos mentais haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos ambulatoriais decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

10.4. O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para a segmentação ambulatorial que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para a segmentação ambulatorial, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para a segmentação ambulatorial, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

- e) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- d) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- e) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;
- f) Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
- g) Nutrição enteral ou parenteral;
- h) Embolizações e radiologia intervencionista;
- i) Internações hospitalares;
- j) Procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.
- k) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- l) Procedimentos para fins estéticos, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- m) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

- n)** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e estabelecimentos para acolhimento de idosos;
- o)** Transplantes;
- p)** Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes;
- q)** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- r)** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- s)** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios;
- t)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- u)** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- v)** Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- w)** Serviços de enfermagem em caráter particular;
- x)** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- y)** Aparelhos ortopédicos;
- z)** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- aa)** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- bb)** Avaliação pedagógica;
- cc)** Orientações vocacionais;
- dd)** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee)** Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff)** Remoção domiciliar;
- gg)** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh)** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii)** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data da vigência do contrato prevista na Proposta de Adesão, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento.

12.2. Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

12.3. O Contratante poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 07 (sete) dias de duração a partir da data de vigência do Contrato.

12.3.1. A rescisão sem ônus durante o prazo de arrependimento está condicionada a não utilização do plano pelos Beneficiários inscritos, Titulares ou dependentes. Caso ocorra qualquer utilização, a Operadora poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados.

13. PRAZOS DE CARÊNCIA

13.1. Carência é o tempo, corrido e ininterrupto, durante o qual o Beneficiário Titular e/ou Dependente não goza do direito a determinadas coberturas e procedimentos.

13.2. O Beneficiário e seu(s) Dependente(s) incluídos na proposta adquirem o direito às coberturas contratuais, após o cumprimento dos prazos de carências descritos a seguir:

Prazo de Carência	Procedimentos Clínicos	Exames Complementares	Serviços Auxiliares	Consultas Médicas
24 horas	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.	–
30 Dias	–	–	–	Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, exceto as previstas abaixo no item 180 dias.
180 Dias	Atendimento a emergências	Anatomopatologia e citopatologia,	Fisioterapia, Sessões com	Consultas Psiquiátricas.

	<p>psiquiátricas provocadas pelo alcoolismo ou outras formas de dependência química, Colocação de DIU, Biopsia e punção, Implante de anel intraestromal, Oxigenoterapia hiperbárica, Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, Tratamento de hiperatividade vesical, Terapia imunobiológica endovenosa ambulatorial (com diretriz de utilização), Além de todos os outros procedimentos clínicos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.</p>	<p>Angiografia, Angiotomografia coronariana, C4D fragmento Densitometria óssea, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, Estudos hemodinâmicos, Exames com doppler, Exames genéticos, Exames oftalmológico, Exames otorrinolaringológico, Radiologia contrastada, Ressonância Magnética, Teste de função pulmonar, Tococardiografia, Tomografia computadorizada, Ultrassonografia em geral, Ultrassonografia obstétrica, Urodinâmica, Tomografia de coerência óptica em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Além de todos os outros exames complementares previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.</p>	<p>nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e acupuntura. Termoterapia transpupilar a laser, laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, Diálise, Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia. Além de todos os outros Serviços auxiliares previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.</p>	
--	---	---	---	--

13.3. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pelo Contratado da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.

13.4. Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao Contratante.

13.4.1. Ultrapassados os prazos previstos neste item, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos períodos de carência.

13.5. A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doença e lesão preexistente é aquela de que o Beneficiário ou seu responsável tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão ao plano, tanto em relação a sua saúde quanto à de seus Dependentes. Fica assegurada ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas de assistência médico-hospitalar referentes a doenças e lesões preexistentes à assinatura do contrato, nas seguintes condições:

14.1. O Beneficiário ou seu responsável fica obrigado a informar ao Contratado, em um formulário Declaração de Saúde, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, sua ou de seus Dependentes, previamente à assinatura deste contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito a suspensão ou denúncia do contrato.

14.2. A Declaração de Saúde também poderá ser preenchida mediante entrevista qualificada, realizada por médico do Contratado, de forma a apurar o conhecimento prévio das condições de saúde do Beneficiário Titular e seus Dependentes.

14.3. Nos casos em que for feita opção pela entrevista qualificada, o Beneficiário Titular e seus Dependentes, serão entrevistados por médico da rede de prestadores credenciados ou referenciados do Contratado, sem qualquer ônus. Caso opte por ser orientado por médico não pertencente à rede assistencial do Contratado, o Beneficiário Titular poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

14.4. A entrevista tem o objetivo principal de orientar o Beneficiário Titular sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, em que são declaradas as doenças ou lesões de que o Beneficiário Titular ou seu(s) Dependente(s) ou seu representante legal, saibam ser portadores ou sofredores no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. O médico escolhido para a

entrevista qualificada atuará como orientador, e esclarecerá sobre o preenchimento do formulário, todas as questões pertinentes às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências de sua omissão.

14.5. Na hipótese do Contratado realizar qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário Titular e/ou em seus Dependentes, com vistas à sua admissão no plano de saúde, este não poderá alegar omissão de informação de doença e/ou lesão preexistente.

14.6. Se o Contratado verificar, por perícia, na entrevista qualificada ou por declaração do Beneficiário, a existência de lesão ou doença preexistente de que o Beneficiário ou o Dependente saibam ser portadores na época da contratação do plano, oferecerá ao Beneficiário a Cobertura Parcial Temporária.

14.6.1. Exercendo prerrogativa legal, a Operadora não optará pela oferta do Agravo.

14.7. Caso seja aplicada a Cobertura Parcial Temporária, ocorrerá a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da adesão do beneficiário ao contrato. Ao fim deste prazo, a cobertura será a regularmente garantida na forma deste instrumento.

14.8. O Contratado poderá comprovar o conhecimento prévio do Beneficiário Titular e Dependentes sobre a existência de doença e lesão preexistente durante um período de 24 (vinte e quatro) meses. A omissão dessa informação pode caracterizar comportamento fraudulento. Para fins desta comprovação, o Contratado poderá utilizar qualquer documento legal, assumir o ônus da prova, e comunicará imediatamente ao Beneficiário a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano.

14.9. Se for constatada a presença de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano privado de assistência à saúde, o Beneficiário Titular será imediatamente avisado pelo Contratado. Neste momento, será oferecido pelo Contratado ao Beneficiário a aplicação de Carência Parcial Temporária pelo tempo restante, a partir do recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data da adesão do beneficiário ao contrato. O Contratado poderá, ainda, solicitar a abertura de processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, caso identifique indício de fraude ou após recusa da Carência Parcial Temporária pelo Beneficiário.

14.10. Caso o Beneficiário ou seu Dependente não concorde com a alegação de doença ou lesão preexistente, deverá demonstrar sua discordância de forma expressa. Nesse caso, o Contratado deverá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para julgamento da alegação, conforme a RN nº 162/2007 e suas atualizações.

14.11. Se for acolhida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a alegação do Contratado, o Beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar prestada que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pelo Contratado. Assim também, o Beneficiário que foi parte no processo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, poderá ser excluído do contrato.

14.12. Não haverá negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, até o julgamento pela ANS e a publicação no Diário Oficial da União da decisão proferida pela Diretoria Colegiada da ANS.

14.13. Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação ao Contratante.

14.13.1. Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

15. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1. É obrigatória a cobertura ao atendimento nos casos de urgência e emergência, assim entendidos:

Emergência: casos que impliquem risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

Urgência: casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

15.2. Será garantida a cobertura nas urgências e emergências por no máximo 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.

15.3. O Contratado garantirá a remoção inter-hospitalar do Beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento pertencente à rede credenciada do Contratado, situado dentro da área de abrangência do contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

15.4. Após as primeiras 12 (doze) horas de atendimento de urgência e /ou emergência, ou em tempo menor que 12 (doze) horas, se caracterizada necessidade de internação e/ou realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, caberá ao Contratado o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário do prestador do Contratado para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

15.4.1. O Contratado, na remoção inter-hospitalar, compromete-se disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, e sua responsabilidade sobre o paciente somente cessará quando efetuado o registro na unidade do SUS;

15.4.2. Se o Beneficiário ou seu responsável legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item 15.4, o Contratado estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e cobertura;

15.4.3. Caso o Beneficiário Titular e/ou seu(s) Dependente(s) não possam ser removidos por risco à vida, o Beneficiário Titular ou seu representante legal e o prestador do atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se o Contratado deste ônus, através de declaração expressa.

15.5. Nas situações de urgência ou emergência em que não for possível a utilização da rede credenciada constante no Guia do Usuário, será efetuado o reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário, observados os limites das obrigações contratuais.

15.6. Para a análise do reembolso previsto nos termos deste contrato e dentro da área de abrangência informada na cláusula 6.1, o pedido deverá ser acompanhado dos seguintes documentos:

- Comprovação da impossibilidade de utilização da rede credenciada informada no Guia do Usuário;
- Conta médica discriminada das despesas, incluindo relação dos serviços executados, materiais gastos, medicamentos administrados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas da pessoa jurídica prestadora do atendimento;
- Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, com seus números de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e no CPF/MF, bem como a discriminação dos serviços realizados; e
- Relatório médico que informe o diagnóstico, o tratamento efetuado e as datas de início da terapia.

15.7. O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em até 30 (trinta) dias após a data da entrega da documentação completa nas agências de atendimento do Contratado, de acordo com a Tabela de Reembolso LEVE, disponível na sede do Contratado e poderá ser solicitado mediante:

- Crédito em conta corrente (exceto conta salário), com a indicação do banco e do número da conta corrente do favorecido, que deverá sempre ser o Beneficiário que sofreu o procedimento ou o Beneficiário Titular; ou
- Ordem de pagamento.

15.8. O reembolso deverá ser requerido em até, no máximo, 1 (um) ano, a contar do atendimento de urgência/emergência. Após o referido prazo, o Contratado não estará obrigado a reembolsar a despesa com o referido atendimento.

15.9. Não serão reembolsados os eventos que não constarem no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, para a segmentação do plano contratado.

15.10. Não serão passíveis de reembolso os procedimentos sem previsão de cobertura contratual.

15.11. É vedada a transferência a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência à saúde pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependente(s) vivos.

16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. Identificação do Beneficiário

16.1.1. O Contratado fornecerá para cada Beneficiário um Cartão de Identificação que, acompanhado de um documento de identidade com foto, o habilitará a utilizar o plano de saúde.

16.1.2. Em caso de perda do Cartão de Identificação, caberá ao Beneficiário solicitar a emissão de 2ª via, cujo custo lhe será cobrado na fatura de pagamento seguinte ao pedido.

16.1.3. A não comprovação da identificação por ocasião do atendimento impedirá que ele seja realizado, sem que caiba ao Contratado qualquer responsabilidade sobre o fato e suas consequências.

16.1.4. O Contratado se reserva o direito de instituir outros sistemas de identificação ou promover a troca periódica de documentos.

16.1.5. Será considerada fraude a utilização da assistência médica mediante o Cartão de Identificação do plano por pessoa que não seja o próprio Beneficiário.

16.1.6. Uma vez extinta a relação jurídica entre o Beneficiário e o Contratado, o Beneficiário Titular se obriga a devolver todos os Cartões de Identificação emitidos pelo Contratado, e assume inteiramente a responsabilidade perante o Contratado por sua utilização indevida, desde que comprovada sua culpa.

16.2. Documentação Contratual

16.2.1. São considerados como documentos do plano contratado neste Contrato, a Proposta de Adesão, a Declaração de Saúde, o Cartão de Identificação de Beneficiário, o Guia do Usuário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia

de Leitura Contratual, os termos aditivos e eventuais relatórios médicos, periciais ou não.

16.2.2. O Beneficiário Titular e seus Dependentes obrigam-se a fornecer ao Contratado todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos e apresentar, quando solicitado:

- Identidade;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Certidão casamento ou outro documento que comprove seu estado civil, certidão de nascimento, termo de adoção, termo de guarda ou tutela, comprovação do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade, laudo de exames realizados, parecer médico e outros documentos que venham a ser solicitados.

16.2.3. É dever do Beneficiário Titular ou de seu representante legal manter seu endereço de correspondência atualizado junto ao contratado, assim como todos os demais dados cadastrais, através do envio dos respectivos documentos comprobatórios, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa nº 117, de 30/11/2005 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada.

16.3. Prioridades no Atendimento

Pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos serão privilegiadas na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, com prioridade para casos de urgência ou emergência, conforme inciso II do artigo 18 da Lei nº 9.656/98, cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

16.4. Autorização Prévia

16.4.1. São passíveis de autorização prévia os seguintes exames e procedimentos ambulatoriais:

- Procedimentos eletivos;
- Procedimentos solicitados por médico não credenciado;
- Litotripsia mecânica;
- Punções e biopsia;
- Provas e testes alérgicos;
- Teste ergométrico;
- Eletrocardiografia dinâmica;
- Ecocardiografia;
- Exame anatomopatológico e citopatológico;
- Eletroencefalografia, neurofisiologia e eletromiografia;
- Endoscopia diagnóstica ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário;
- Fisioterapia;
- Exames citogenéticos;
- Transfusão sanguínea eletiva;
- Pesquisa de HIV;

- Dosagens hormonais;
- Provas ventilatórias;
- Quimioterapia ou radioterapia;
- Exames e tratamentos de medicina nuclear e por radioimunoensaio;
- Radiodiagnóstico contrastado;
- Radiologia intervencionista;
- Ultrassonografia;
- Densitometria óssea;
- Tomografias computadorizadas;
- Exames de ressonância nuclear magnética;
- Exames de ecodoppler;
- Exames e procedimentos oftalmológicos eletivos;
- Exames e procedimentos otorrinolaringológicos eletivos;
- Exames e procedimentos urológicos eletivos;
- Exames e procedimentos ginecológicos eletivos;
- Hemodiálise ou diálise peritoneal.

16.4.2. A autorização prévia será concedida ou decidida, conforme segmentação do plano e de acordo com os prazos máximos estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

16.4.2.1. Não se confunde com autorização prévia a identificação pessoal do Beneficiário promovida pelo prestador no momento do atendimento, seja por meio eletrônico (como biometria) e/ou físico (por meio de assinatura), que será realizada em qualquer caso de atendimento, inclusive nas urgências/emergências.

16.4.2.2. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 16.7.

16.4.2.3. Por ocasião da concessão de autorização prévia, o Contratado garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

16.4.3. As rotinas utilizadas e exigidas pelo Contratado, para a liberação do procedimento médico são as seguintes:

- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico, sedação ou anestesia, desde que eletivos: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- Exames e procedimentos eletivos: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- Transfusão sanguínea eletiva: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de hemograma.
- Biopsia: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de exame.

- Quimioterapia ou radioterapia: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, laudo de histopatológico. Nos casos de radioterapia, será necessário também o plano terapêutico.
- Hemodiálise ou diálise peritoneal: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e laudo de exame.

16.4.4. É facultado ao Contratado direcionar a realização de consultas, exames e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

16.4.5. Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pelo Contratado, constantes no Guia do Usuário, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por médicos legalmente habilitados não credenciados.

16.5. Rede de Atendimento

16.5.1. Os serviços médicos integrantes deste contrato serão realizados, única e exclusivamente, pela rede credenciada de prestadores listada no Guia do Usuário do plano contratado.

16.5.2. O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva do Contratado, que o usará sempre com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento para os Beneficiários, em cumprimento do que determina o art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

16.5.3. O Contratado reserva-se o direito de substituir unidades hospitalares, desde que por equivalentes e mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias aos Beneficiários e à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

16.5.4. O Contratado reserva-se, também, o direito de proceder ao redimensionamento da rede hospitalar, após solicitação de autorização à ANS, conforme o § 4º do art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

16.5.5. O Contratado reserva-se o direito de alterar a rede não hospitalar, observado a forma e prazos estabelecidos pela regulamentação da ANS em vigor.

16.5.6. As referidas comunicações das alterações e atualizações de rede tanto hospitalar quanto não hospitalar serão efetuadas através do endereço eletrônico www.levesaude.com.br.

16.5.7. É direito dos Beneficiários ter acesso aos meios de divulgação da Rede Credenciada através dos seguintes canais de comunicação: Guia do Usuário, Portal da LEVE Saúde – endereço eletrônico: www.levesaude.com.br, Central de Serviços: (21) 3952-3333 e Agências de Atendimento (endereços informados no portal).

16.6. Auditoria e Perícia Médicas

16.6.1. Os procedimentos de alta complexidade estão condicionados a perícia médica, nos locais indicados pelas agências de atendimento. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 16.7.

16.6.2. O Contratado tem o direito e o dever de verificar o zelo dos profissionais, a qualidade e a eficácia dos serviços e atendimentos recebidos por eles e pelas unidades integrantes de sua rede credenciada.

16.6.3. Neste sentido, sempre que julgar atípico algum exame ou procedimento, o Contratado poderá solicitar ao Beneficiário o comparecimento a um perito médico para que seja submetido a perícia, com a finalidade de se verificar o acerto do diagnóstico médico, a correção do procedimento solicitado e o cabimento dessa cobertura, oportunidade que haverá formação de junta médica técnica. A atuação da auditoria médica, devidamente amparada pelas normas do Conselho Federal de Medicina – CFM e pelo Código de Ética Médica, não implicará autorização ou negação de cobertura.

16.6.4. O Contratado, por meio do serviço de auditoria médica, poderá pedir informações complementares ao médico assistente do Beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços e Procedimentos.

16.7. Divergências de Natureza Médica

16.7.1. Se houver discordância de natureza médica, inclusive quanto à utilização de órtese ou prótese, a solução do impasse será feita por junta médica constituída por 3 (três) médicos, um deles nomeado pelo Contratado, outro pelo Beneficiário e um terceiro escolhido de comum acordo pelas partes, na forma da RN 424 de 26 de junho de 2017 ou a que vier a ser editada posteriormente sobre a mesma matéria.

16.7.1.1. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, compete-lhe escolher um dos profissionais sugeridos pela operadora para formação da junta.

16.7.1.2. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempassador para formar a junta, caberá à operadora indicar imediatamente um profissional dentre os quatro sugeridos.

16.7.1.3. Os profissionais sugeridos pela operadora deverão ser, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho.

16.7.2. É facultado às operadoras firmarem acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempassadors em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações, conforme previsto no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, ou currículo profissional.

16.7.3. Os honorários do terceiro (médico desempatador) ficarão a cargo do Contratado.

16.7.4. Não haverá realização de junta médica quando tratar de:

- I) Urgência ou emergência;
- II) Procedimentos ou eventos não previstos nem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nem nas presentes Condições Gerais;
- III) Indicação de órteses, próteses e materiais especiais utilizados exclusivamente em procedimento não coberto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto nos casos de procedimentos que sejam garantidos nas Condições Gerais, ainda que não previstos no Rol; ou
- IV) Indicação de órteses, próteses e materiais especiais ou medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou para uso não constante no manual, instrução de uso ou bula (off label), exceto quando restar comprovado que pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha sido demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido, assim como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

16.8. As informações e/ou atualizações da rede credenciada, com as respectivas condições médicas, estarão disponíveis nos canais de comunicação: Guia do Usuário, no endereço eletrônico www.levesaude.com.br, através da Central de Serviços: (21) 3952-3333 e Agências de Atendimento (endereços informados no portal).

16.9. Os casos configurados como urgência e emergência, conforme definido na Cláusula 15 deste contrato, não estão sujeitos à utilização exclusiva da rede preferencial, podendo ser utilizada toda e qualquer rede credenciada constante no Guia do Usuário conforme especialidades indicadas, até que seja sanada a urgência/emergência.

16.10. Do Fator Moderador

16.10.1. Além da contribuição mensal devida em função da inscrição do Beneficiário Titular e de seus dependentes, e conforme descrito neste Contrato, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos Beneficiários, das coberturas (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar) relacionadas na Proposta de Adesão.

16.10.2. Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

16.10.3. No caso das internações psiquiátricas, além dos valores de coparticipação/franquia previstos acima, deverão ser vertidos os demais valores previstos em cláusula específica deste Contrato.

16.10.4. Serão de responsabilidade do Contratante/Beneficiário Titular, conforme o caso, os valores de coparticipações/franquias referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o Contratante/Beneficiário Titular, conforme o caso, obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

17. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

17.1. O Plano contratado será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

17.2. Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, o Contratante deverá pagar ao Contratado, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou do valor estabelecido neste contrato, caso seja fixado preço único), bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

17.3. Para cobrança do valor da mensalidade e dos eventuais valores de coparticipação, o Contratado enviará, ao Contratante, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até seu vencimento, que se dará mensalmente no dia equivalente a assinatura do contrato, facultando-se ao Contratado, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados. O Contratante poderá optar por outros meios de cobrança, caso venham a ser disponibilizados pelo Contratado à época.

17.4. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pelo Contratado.

17.5. As faturas emitidas pelo Contratado terão por base o número de Beneficiários informado pelo Contratante. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

17.6. O Contratado poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

17.7. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

17.8. Se o Contratante, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto ao Contratado, que enviará nova cobrança.

17.9. A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o Contratante, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

17.10. O recebimento pelo Contratado de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

17.11. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

17.12. O pagamento dos valores devidos ao Contratado referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

17.13. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do Contratante, bem como do aposentado e o empregado demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

17.14. O Contratado se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

17.15. Do pagamento do Beneficiário

17.15.1. Salvo quanto aos Beneficiários aposentados e demitidos, o Contratante é responsável pelo pagamento diretamente ao Contratado, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante o Contratante.

17.15.2. Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, fica determinado que a participação do Contratante no custeio do plano observará suas políticas internas de RH e eventual fixação de preço linear derivará de livre negociação entre as partes considerando a tabela de custo em faixa etária e a massa de beneficiários a serem inscritos no momento da celebração do contrato.

17.15.3. O Contratante e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito do Contratante solicitar ao Contratado a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

17.15.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário ao Contratante, ensejará o direito deste de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

17.15.5. Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá o Contratante solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a

30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

18. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

18.1. As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme abaixo, e observada a tabela de custo por faixa etária estabelecida na Proposta de Adesão.

Faixa Etária (anos)	Reajuste (%)
Até 18	–
19 a 23	25,00%
24 a 28	10,00%
29 a 33	15,00%
34 a 38	10,00%
39 a 43	10,00%
44 a 48	26,00%
49 a 53	15,00%
54 a 58	40,00%
59 ou mais	49,00%

18.2. Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão os valores previstos na tabela de custo por faixa etária, nos termos da regulamentação.

18.3. Caso haja participação financeira do Contratante no custeio para os Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano, nos termos previstos neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos por esses beneficiários, serão previstos em uma tabela de preços, apresentada em anexo a este instrumento, estando, em versão atualizada, permanentemente à disposição para consulta pelos Beneficiários junto ao Contratante.

18.4. A variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

18.5. O valor fixado para a última faixa etária não será superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não será superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

19. REAJUSTE PERIÓDICO

19.1. O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

19.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

19.3. A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

19.4. As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como segunda via do Cartão de Identificação e coparticipações, se houver, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

19.5. Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

19.6. Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

19.7. Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 (trinta) beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

19.8. A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

19.9. No mês de março de cada ano, o Contratado identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

19.10. Do índice de reajuste para contratos agrupados (até 29 beneficiários)

19.10.1. A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pelo Contratado, divulgado em seu *site*, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA-IBGE, acumulada no período de março do exercício antecedente a fevereiro do exercício da divulgação do índice de reajuste.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S_m = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

19.10.2. Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no *site* do Contratado até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir da data de aniversário de cada contrato (aniversário ocorrido entre maio da divulgação do índice e abril do ano seguinte).

19.10.3. Excepcionalmente, poderá a administração do Contratado optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pelo Contratado é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.

19.10.4. Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

19.11. Do índice de reajuste para contratos não agrupados (30 ou mais beneficiários)

19.11.1. A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, acumulada nos

últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 02 (dois) meses em relação ao aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S_m = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

19.11.2. Excepcionalmente, poderá a administração do Contratado, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com o Contratante.

19.11.3. As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

20. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

20.1. DO DEMITIDO

20.1.1. O Contratante assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).

20.1.1.1. O demitido ou exonerado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do Contratante sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

20.1.1.2. O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

20.2. DO APOSENTADO

20.2.1. O Contratante assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).

20.2.1.1. O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do Contratante sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

20.2.1.2. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

20.2.1.3. Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando no Contratante, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

20.2.1.4. Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando no Contratante, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

20.3. DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

20.3.1. O PLANO tratado neste Contrato destina-se à categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo PLANO.

20.3.2. O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que esteja inscrito no plano no momento da perda do vínculo e tenha contribuído para o PLANO em algum momento anterior. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.

20.3.3. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.

20.3.3.1. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

20.3.4. Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

20.3.5. As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

20.3.6. A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à Operadora ou ao Contratante, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

20.3.6.1. Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

20.3.7. É assegurado ao beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade de carências, nos termos previstos na regulamentação vigente.

20.3.7.1. Além da portabilidade mencionada neste item, devem-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor.

20.3.8. O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

20.3.8.1. Nos planos coletivos custeados integralmente pelo Contratante, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1. Caberá ao Contratante solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá ao Contratado;
- e) situações decorrentes das políticas internas do Contratante.

21.1.1. Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto ao Contratado, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

21.2. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, o Contratante deverá obrigatória e expressamente informar ao Contratado:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando no Contratante após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

21.3. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

21.4. O Contratado só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do Contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando

deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

- d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto ao Contratado, nos termos da regulamentação.

21.5. O Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

21.6. Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, o Contratado poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

21.7. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

21.8. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Contratante/Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de eventual coparticipação.

21.9. Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo Contratante/Beneficiário para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

21.10. O Contratado reserva-se ao direito de cobrar do Contratante, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a exclusão do Beneficiário do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades do Contratado.

21.11. É responsabilidade do Contratante comunicar, com antecedência, ao beneficiário inscrito no plano a sua exclusão.

22. RESCISÃO

22.1. Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização ao Contratante, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência do Contratante, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito do Contratado de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;

- b) Fraude comprovada e/ou dolo do Contratante;
- c) Descumprimento do Contratante às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Perda da personalidade jurídica do Contratante, baixa ou inaptidão de seu CNPJ (ou equivalente);
- e) Falência, insolvência civil, ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial do Contratante;
- f) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

22.1.1. Na hipótese de redução do número de Beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, o Contratado poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá ao Contratante pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

22.1.2. Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, o Contratado poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento.

22.2. Caso o Contratante manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito do Contratado de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

22.3. Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

22.4. Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo Contratante para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

22.5. Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

22.6. O Contratado reserva-se ao direito de cobrar do Contratante, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades do Contratado.

22.7. É responsabilidade do Contratante comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

22.8. A Rescisão do contrato, nos termos tratados neste instrumento, não exige o Contratante e/ou o Beneficiário Titular de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de eventual coparticipação.

22.9. Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pelo Contratante, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pelo Contratado, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que o Contratado possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) Deverá o Beneficiário solicitar ao Contratado a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;
- c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. O Contratado não se responsabilizará por qualquer procedimento dos Beneficiários que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

23.2. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os contratantes.

23.3. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

23.4. O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza o Contratado a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

23.5. Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

23.6. O Contratado não será responsabilizado, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pelo Contratado.

23.7. Fazem parte do Contrato quaisquer documentos disponibilizados ao Contratante que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Guia de Leitura Contratual, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e Carta de Orientação, e, quando for o caso, Tabela de Reembolso.

23.7.1. Todos os documentos mencionados neste item estão disponíveis para download/impressão e assinatura do Contratante/Beneficiário.

23.7.2. Toda vez em que for solicitada a sua assinatura eletrônica do Contratante em qualquer dos documentos mencionados neste item, significa que o Contratante estará assinando o documento, nos termos da regulamentação.

23.7.3. As reproduções digitalizadas de documentos assinados e/ou enviados pelo Contratante fazem a mesma prova que os originais, ressalvada a alegação motivada e fundamentada de adulteração.

23.8. O Contratante e o Contratado autorizam a utilização dos seus dados, bem como de seus representantes legalmente constituídos (quando for o caso) e beneficiários vinculados, que sejam essenciais para o cumprimento deste Contrato. Os dados que não sejam essenciais ao cumprimento deste contrato só poderão ser utilizados após prévia autorização de qualquer das partes.

23.9. O Contratado se compromete a observar o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), responsabilizando-se pelo correto tratamento de eventuais dados pessoais que tenha acesso em decorrência do presente contrato, obrigando-se, no que couber, ao integral cumprimento dos demais deveres e responsabilidades impostos na LGPD.

24. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito como competente o foro do domicílio do Contratante, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam eletronicamente esse instrumento.

_____, ____ de _____ de _____.

LEVE SAÚDE LTDA

CONTRATANTE