REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE
+VIDA AME

CAPÍTULO I
DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A **Luminar Saúde – Associação de Assistência à Saúde (Luminar Saúde)**, operadora de planos privados de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº **41.837-4**, classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº **11.828.089/0001-03** e localizada em **SHCGN CR, Quadras 704/705, Bloco "C", Loja 48, Asa Norte, Brasília/DF, 70.730-630**, é a instituição a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

Art. 2º. A **Amazonas Energia S.A.,** a qual está inscrita no CNPJ sob o nº **02.341.467/0001-20** e situada em **Avenida Djalma Batista nº 4.400, Flores, Manaus/AM, 69.058-807**, passa a ser a **PATROCINADORA** do plano de saúde de que trata este regulamento.

§1º. A formalização da condição de **PATROCINADORA** será efetivada por meio de convênio de adesão, nos termos da legislação aplicável.

§2º. Considera-se **PATROCINADORA** a instituição pública ou privada a qual participa, total ou parcialmente, do custeio de plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e à sua administração.

Art. 3º. O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **+VIDA AME**; está registrado na ANS sob o nº **492252222**; e possui as seguintes características gerais:

I. **Tipo de contratação:** Coletivo empresarial
II. **Segmentações assistenciais:** Ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; e odontológico
III. **Fator moderador:** Coparticipação
IV. **Área geográfica de abrangência:** Nacional
V. **Área geográfica de atuação**: Nacional
VI. **Padrão de acomodação em internação:** Individual
VII. **Formação do preço:** Pós-estabelecido em rateio
VIII. **Cobertura assistencial:** Referência ao rol da ANS

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O plano **+VIDA AME**, doravante denominado ***"PLANO"***, é um programa de assistência à saúde destinado aos empregados da **PATROCINADORA**, doravante denominados *"beneficiários"*, e extensivo aos dependentes deles os quais atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste regulamento.

Parágrafo Único – O objetivo do **PLANO** é oferecer aos beneficiários a cobertura de despesas médico-hospitalares e odontológicas, conforme a legislação vigente (Lei nº 9.656/1998) e as regras retratadas neste instrumento.

Art. 5º. O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e/ou coberturas de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/1998, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10) e compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento, para as seguintes segmentações: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e odontológica.

Parágrafo Único – O presente instrumento é um regulamento o qual traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, cujas características são de contrato de adesão.

CAPÍTULO III
DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º. Para os efeitos deste regulamento, serão adotadas as seguintes definições:

I. Acidente pessoal: evento ocorrido em data específica que é provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

II. Acomodação individual: internação em unidade hospitalar com banheiro privativo e destinada a um paciente individualmente.

III. Adjuvantes: medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, cuja finalidade é intensificar o seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.

IV. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde.

V. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.

VI. Ambulatório: estabelecimento legalmente constituído; integrante – ou não – de um hospital; e capacitado para o atendimento de consultas médicas básicas e especializadas, de procedimentos terapêuticos e de diagnósticos – sem a necessidade de internação hospitalar.

VII. Área de abrangência geográfica: área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

VIII. Atendimento ambulatorial: serviços realizados em ambulatório os quais não exigem internação hospitalar.

IX. Auditoria ou perícia: atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e as relações humanas e sociais.

X. Beneficiário: pessoa física (titular ou dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.

XI. Carência: prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.

XII. **Carteira de identificação:** documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.

XIII. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10):** ferramenta epidemiológica do cotidiano médico a qual foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa a monitorar a incidência e prevalência de doenças, mediante uma padronização universal das doenças.

XIV. **Complemento remuneratório:** valor praticado para a remuneração complementar dos empregados cedidos à **PATROCINADORA**.

XV. **Complicações no processo gestacional:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

XVI. **Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU):** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

XVII. **Coparticipação:** parte efetivamente paga pelo beneficiário titular à operadora de saúde quando da utilização dos serviços cobertos, por si e por seus dependentes; e definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.

XVIII. **Custo médico-hospitalar:** expressão da variação do custo das operadoras de plano de saúde comparando dois períodos consecutivos de 12 meses e captando oscilações tanto da frequência de utilização como do preço médico dos serviços de assistência à saúde.

XIX. **Dependente com deficiência:** beneficiário que atende aos requisitos do artigo 3º do Decreto nº 3.298/99, o qual regulamenta a Lei nº 7.853/89, e é homologado pela empresa.

XX. **Dependente com deficiência incapacitante:** beneficiário que tem sua deficiência declarada por médico assistente e reconhecida pela empresa.

XXI. **Dependente legal:** dependente informado pelo empregado; declarado no imposto de renda; e/ou reconhecido por meio de sentença judicial ou Instrumento Declaratório Público; e reconhecido pela empresa.

XXII. **Documento comprobatório do serviço prestado:** documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do plano e emitida pelo profissional ou pela instituição prestadora do serviço ou fornecedores de aparelhos e medicamentos.

XXIII. **Doença grave:** conforme a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna (câncer), cegueira (inclusive monocular), hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, Doença de *Parkinson*, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da Doença de *Paget* (osteíte deformante), contaminação por radiação, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), fibrose cística (mucoviscidose), hepatopatia grave e Doença de *Alzheimer*.

XXIV. **Empresa:** para efeitos deste regulamento, a **Amazonas Energia S.A.**

XXV. **Empresa congênere:** operadora de saúde com que a **Luminar Saúde** mantém convênio de reciprocidade.

XXVI. **Evento:** conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar realizado pelo beneficiário do plano.

XXVII. **Exames complementares de diagnóstico:** exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais solicitados pelo médico.

XXVIII. **Hospital-Dia:** atendimento hospitalar o qual não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

XXIX. **Internação hospitalar eletiva:** internação programada, ou seja, não emergencial.

XXX. Internação hospitalar emergencial: internação de caráter emergencial, ou seja, não programada.

XXXI. Mensalidade: valor pago pelo titular com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde – por si e por seus dependentes.

XXXII. Modalidade convênio: escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam da lista de credenciados.

XXXIII. Plano +VIDA AME: benefício concedido pela **PATROCINADORA**, o qual visa garantir a cobertura de serviços assistenciais (atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos, conforme o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS) sob a modalidade de convênio.

XXXIV. Pessoa com doença grave: pessoa que possui doença grave classificada pela OMS.

XXXV. Radiografia inicial: aquela tirada antes da execução do procedimento, cujo objetivo é ratificar o diagnóstico do paciente, sendo solicitada quando o cirurgião-dentista precisa realizar o diagnóstico de patologias bucais e realizar intervenções.

XXXVI. Radiografia final: aquela tirada após a realização do procedimento, cuja finalidade, entre outras, é atestar a eficácia do procedimento executado no paciente, sendo solicitada para averiguar a qualidade do procedimento realizado.

XXXVII. Reciprocidade: convênio celebrado entre duas operadoras de planos de saúde que ofereçam condições similares para utilização recíproca da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde de modo a prestar atendimentos aos beneficiários, permutando os serviços e observando as normas de cada participante.

XXXVIII. Referencial de mensalidade: tabela a qual contém os valores (em percentual e por faixa etária) a serem praticados pelos titulares, com relação a si e seus dependentes.

XXXIX. Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS: listagem mínima e obrigatória de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer.

XL. Salário-base: rendimento do empregado para classificação nas faixas de mensalidade, de acordo com o Normativo Interno da **PATROCINADORA;**

XLI. Salário-benefício: é o valor do salário benefício recebido junto ao INSS, caso esteja vinculado, em caso de aposentadoria por invalidez, e complemento, em caso de empregados.

XLII. Tratamento seriado: aquele realizado em sessões sucessivas, tais como: acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, psicologia e terapia renal substitutiva.

XLIII. Titulares: pessoas naturais as quais mantenham vínculo com a **PATROCINADORA,** conforme estão discriminados no capítulo IV deste regulamento.

XLIV. Pacto de convivência: documento registrado em cartório que comprove a relação entre casais ou parceiros.

CAPÍTULO IV
DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º. Serão consideradas *"beneficiários titulares"*, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo **PLANO**, as pessoas naturais as quais mantenham os seguintes vínculos com a **PATROCINADORA**:

I. Dirigentes (presidente e diretor) – restrito à vigência dos seus mandatos;
II. Empregados com vínculo ativo com a **PATROCINADORA**;
III. Empregados cedidos à **PATROCINADORA** – restrito à vigência da sua cessão à empresa;

IV. Empregados cedidos pela PATROCINADORA – com opção pelo plano +VIDA AME;
V. Menores aprendizes com contrato vigente com a PATROCINADORA;
VI. Ex-empregados que vierem a perder o vínculo empregatício com a PATROCINADORA em razão de adesão a eventuais planos de demissão ofertados por ela – restrito ao período e às condições acordados.

§1º. Serão mantidos no PLANO os afastados e os aposentados por invalidez temporária, nos termos e nas condições definidos em acordo coletivo de trabalho (ACT) vigente da PATROCINADORA.

§2º. Será permitida a readmissão de titulares com contrato de trabalho suspenso sob licença sem remuneração com restabelecimento das coberturas e sem o cumprimento de carência.

§3º. Será permitida a readmissão de titulares os quais foram cedidos pela PATROCINADORA e optaram por não permanecer no PLANO durante seu período de cessão, com restabelecimento das coberturas e sem o cumprimento de carência.

§4º. Os empregados da PATROCINADORA contratados a partir de setembro de 2025 somente poderão aderir ao plano de saúde +VIDA AME após o período de experiência, que será de 90 (dias).

Art. 8º. Serão considerados beneficiários dependentes, para efeito do PLANO, desde que respeitadas as avaliações socioeconômicas, quando necessárias, e as normas internas da PATROCINADORA:

I. cônjuge ou companheiro de união estável – inclusive os do mesmo gênero;
II. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros menores de 21 anos de idade não emancipados;
III. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros a partir de 21 anos de idade e menores de 24 anos de idade – desde que universitários, limitando-se à 1ª graduação;
IV. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros maiores de 21 anos com deficiência – desde que cumpridas todas as regras deste regulamento e todas as regras internas da PATROCINADORA;
V. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros maiores de 21 anos com doença grave – desde que cumpridas todas as regras deste regulamento e todas as regras internas da PATROCINADORA; e
VI. os menores sob tutela ou curatela – desde que cumpridas todas as regras deste regulamento e todas as regras internas da PATROCINADORA.

Art. 9º. Para efeito do PLANO, sempre que for julgado necessário, serão realizadas avaliações para constatação da presença de requisitos básicos tanto para admissão como para manutenção de dependentes.

§1º. A inscrição de dependentes ficará condicionada à participação de titular; salvo os casos específicos que estão previstos neste instrumento.

§2º. Para fazer jus aos benefícios ofertados por intermédio do PLANO, os dependentes de empregados deverão obrigatoriamente estar inscritos também no cadastro da PATROCINADORA.
§3º. Para efeito de cadastramento no PLANO, será obrigatória a apresentação de documentos os

quais comprovem a veracidade da dependência com o titular.

§4º. Quando se tratar de casal empregado da **PATROCINADORA**, somente um dos pares terá direito ao cadastramento de dependentes, comprovando devidamente a dependência.

§5º. Especificamente no caso de genitor, fará parte do **PLANO** somente aquele que já estiver cadastrado na **PATROCINADORA** como dependente de empregado para utilização do plano de saúde, sendo, portanto, proibida a inclusão de novos genitores.

§6º. Todo dependente na condição de genitor, sem exceções, será excluído do **PLANO** impreterivelmente no dia **31 de julho de 2023**, não havendo, por conseguinte, a possibilidade de renovação.

§7º. Em todos os casos descritos nos incisos de I a VII do art. 8º, a verificação das condições de aelegibilidade e manutenção dos dependentes ficará a cargo da **PATROCINADORA**, podendo ser delegada por ela para a **Luminar Saúde.**

Art. 10. Para o cadastro no **PLANO**, será necessária a apresentação, em cópia simples, da documentação constante do anexo I deste instrumento.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de vinte um anos (seja com deficiência ou com doença grave), deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo médico assistente, o qual será submetido à análise da auditoria médica, psicológica e social da **PATROCINADORA**, a qual emitirá o formulário de autorização de renovação para a **Luminar Saúde**.

§2º. O filho (incluído o adotivo), enteado e curatelado, quando universitários, ao completarem 24 (vinte e quatro) anos, perderão o direito de permanecer no **PLANO.** Para fins do **PLANO**, os bloqueios serão realizados nas seguintes datas estabelecidas: 31 de março e 31 de agosto.

§3º. A **Luminar Saúde** terá o direito de, a qualquer tempo, exigir tanto da **PATROCINADORA** como do beneficiário a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas, no que compete a cada uma das partes.

Art. 11. Sempre será assegurada a inclusão, sem o cumprimento de carência:

I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente; e

II. Do filho adotivo, menor de 21 (vinte e um) anos.

Parágrafo Único – A inclusão dos beneficiários previstos nos incisos I e II ficará condicionada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente regulamento.

CAPÍTULO V
DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12. A **PATROCINADORA**, por intermédio da **Luminar Saúde**, cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, relativos aos beneficiários

regularmente inscritos, aos atendimentos ambulatoriais, às internações hospitalares, aos atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **Luminar Saúde**, independentemente 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 e relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao plano **+VIDA AME** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I
Da Cobertura Médico-Hospitalar

Art. 13. A cobertura ambulatorial compreende:

I. Os atendimento caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656/1998 e regulamentação infralegal específica vigente;

II. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

III. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;

IV. Medicamentos registrados e ou 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 e pelo cirurgião dentista;

V. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com os critérios estabelecidos 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;

VI. Consultas e sessões de psicoterapia, de acordo com os critérios estabelecidos 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;

VII. 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, em número ilimitado de sessões por ano;

VIII. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

IX. 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) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

X. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais 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;

XII. Hemoterapia ambulatorial;

XIII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial; e

XIV. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem 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.

Art. 14. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, desde que solicitadas pelo médico assistente;

II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto as de caráter particular, e alimentação;

III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, desde que indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e

b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação hospitalar.

IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;

VI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou em internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII. Órteses e próteses, registradas na Anvisa, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais

especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas, conforme determina a Resolução 1.956 do CFM, ficando a escolha a cargo da **Luminar Saúde;**

c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **Luminar Saúde**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **Luminar Saúde**; e

d) O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela **Luminar Saúde** para composição da junta médica.

VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

X. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) O cirurgião dentista assistente e ou o médico assistente deverá justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) Os honorários e materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais utilizados em situações de imperativo clínico, realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

XI. Procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) Radiologia intervencionista;

h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente; e

j) 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.

XII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em vigor à época do evento;

XIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XIV. Procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, de conformidade com o estabelecido na legislação específica vigente, devendo dessa forma considerar que:

a) O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

b) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT; e

c) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XV. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós- operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XVI. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XVII. Despesas, incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares; e

XVIII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o beneficiário titular tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Parágrafo Único – A **Luminar Saúde** poderá ofertar, a seu critério, e com base em laudo médico e sob a análise da área técnica, a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, a qual está prevista no inciso I deste artigo, nos termos da regulamentação vigente.

Art. 15. Na atenção prestada aos beneficiários com transtornos mentais, será observado o seguinte:

I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligindas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
III. No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definido para fins deste regulamento, como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento; e
IV. Nas internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 15% (quinze por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de adesão do beneficiário.

Art. 16 – O presente regulamento garante ainda:

I. Atendimentos para planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
II. Eventos e procedimentos relacionados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação clínica;
III. Insumos necessários à realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, bem como equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, incluindo os profissionais de instrumentalização cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, e caso haja indicação clínica;
IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários à execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que cumpra todos os requisitos previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
VI. Remoção, bem como a manutenção ou susbstituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, 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.

Seção II
Das Coberturas Odontológicas

Art. 17. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este regulamento, conforme relação a seguir:

I. Procedimentos de diagnóstico:
- **a)** Consulta Odontológica inicial;
- **b)** Condicionamento em odontologia;
- **c)** Teste de fluxo salivar;
- **d)** Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção e ou biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial); e
- **e)** Teste de PH salivar (acidez salivar).

II. Procedimentos de urgência e/ou emergência:
- **a)** Tratamento de odontalgia aguda;
- **b)** Imobilização dentária temporária;
- **c)** Recimentação de peça e ou trabalho protético;
- **d)** Tratamento de alveolite;
- **e)** Colagem de fragmentos dentários;
- **f)** Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- **g)** Reimplante de dente avulsionado com contenção; e
- **h)** Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.

III. Procedimentos de radiologia:
- **a)** Radiografia periapical;
- **b)** Radiografia interproximal – bite-wing;
- **c)** Radiografia oclusal; e
- **d)** Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

IV. Procedimentos de prevenção em saúde bucal:
- **a)** Atividade Educativa em saúde bucal;
- **b)** Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- **c)** Aplicação Tópica de Flúor;
- **d)** Profilaxia – polimento coronário;
- **e)** Aplicação de selante;
- **f)** Dessensibilização dentária; e
- **g)** Remineralização dentária.

V. Procedimentos de dentística:

- **a)** Aplicação de cariostático;
- **b)** Adequação do meio bucal;
- **c)** Restauração em amálgama;
- **d)** Faceta direta em resina fotopolimerizável;
- **e)** Núcleo de preenchimento;
- **f)** Ajuste oclusal;
- **g)** Restauração em ionômero de vidro;
- **h)** Restauração em resina fotopolimerizável;
- **i)** Restauração temporária e ou tratamento expectante;
- **j)** Tratamento restaurador atraumático; e
- **k)** Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

VI. Procedimentos de periodontia:

- **a)** Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- **b)** Raspagem sub-gengival e alisamento radicular e ou curetagem de bolsa periodontal;
- **c)** Imobilização dentária;
- **d)** Gengivectomia e ou gengivoplastia;
- **e)** Aumento de coroa clínica;
- **f)** Cunha proximal;
- **g)** Cirurgia periodontal a retalho;
- **h)** Tratamento de abscesso periodontal;
- **i)** Enxerto gengival livre; e
- **j)** Enxerto pediculado.

VII. Procedimento de endodontia:

- **a)** Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- **b)** Pulpotomia;
- **c)** Remoção de corpo estranho intracanal;
- **d)** Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- **e)** Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
- **f)** Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- **g)** Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- **h)** Tratamento de perfuração radicular e ou câmara pulpar;
- **i)** Remoção de núcleo intra-canal; e
- **j)** Remoção de peça/trabalho protético.

VIII. Procedimento de cirurgia:

- **a)** Alveoloplastia;
- **b)** Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- **c)** Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- **d)** Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- **e)** Cirurgia para tórus e ou exostose;
- **f)** Exérese ou Excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;
- **g)** Exodontia a retalho;
- **h)** Exodontia de raiz residual;

i) Exodontia simples de permanente;
j) Exodontia simples de decíduo;
k) Redução de fratura alvéolo dentária;
l) Frenotomia e ou Frenectomia labial;
m) Frenotomia e ou Frenectomia lingual;
n) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos e ou cartilaginosos na mandíbula/maxila;
q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
s) Ulectomia e ou Ulotomia;
t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula e ou maxila;
v) Punção aspirativa com agulha fina e ou coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
w) Aprofundamento e ou aumento de vestíbulo;
x) Bridectomia e ou bridotomia;
y) Odonto-secção; e
z) Redução de luxação da ATM e tunelização.

IX. Procedimentos de prótese dental:

a) Coroa unitária provisória com ou sem pino e ou provisório para preparo de RMF;
b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
c) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
d) Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
e) Reabilitação com núcleo metálico fundido e ou núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética; e
f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética.

Parágrafo Único – A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CAPÍTULO VI
DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 18. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, 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 **+VIDA AME** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **Luminar Saúde** sem atendimento às condições previstas neste regulamento;

II. Atendimentos prestados antes do início da vigência ou no cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e ou não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou por conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aqueles que fazem uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;

IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, 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;

V. 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, conforme previsto no artigo 10, inciso III, da Lei n. 9.656/98;

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza, exceto – como é o caso do Art. 10-A da Lei n. 9.656/98 – para os casos em que haja previsão legal expressa em contrário;

VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

IX. 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;

X. 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 da quimioterapia oncológica ambulatorial e 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;

XI. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XIV. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XV. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XVII. Aparelhos ortopédicos;

XVIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XIX. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;

XX. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste regulamento;

XXI. Despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste regulamento;

XXII. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXIV. Cirurgia para mudança de sexo;

XXV. Avaliação pedagógica;

XXVI. Orientações vocacionais;

XXVII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXVIII. Qualquer outro tipo de atendimento e/ou assistência domiciliar – listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura –, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XXIX. Remoção domiciliar;

XXX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXXI. Investigação de paternidade, maternidade ou consaguinidade;

XXXII. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular)

XXXIII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

XXXIV. Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXV. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;

XXXVI. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XXXVII. Transplantes ósseos;

XXXVIII. Enxertos ósseos e biomateriais;

XXXIX. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

XL. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XLI. Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

XLII. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

XLIII. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;

XLIV. Cirurgias Odontológicas a laser;

XLV. Clareamento dentário; e

XLVI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VII
DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19. Entende-se por carência o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano.

Art. 20. Em nenhuma hipótese, será exigido dos beneficiários do **PLANO** o cumprimento dos prazos regulamentares de carências.

CAPÍTULO VIII
DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 21. Não será aplicada cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento:

I. ao beneficiário titular, bem como aos dependentes dele, se a adesão ao **PLANO** ocorrer até 30 (trinta) dias da data da assinatura do convênio de adesão ou 90 (noventa) da vinculação do titular à **PATROCINADORA**; e

II. ao beneficiário dependente se a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o **PLANO**.

Art. 22. Caso a **Luminar Saúde** venha permitir o ingresso de beneficiários ou beneficiárias fora do prazo contemplado no artigo anterior, os novos inscritos poderão sujeitar-se ao preenchimento do formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do **PLANO**, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a *"Carta de Orientação ao Beneficiário"*.

§2º. O beneficiário terá o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **Luminar Saúde** – sem nenhum ônus.

§3º. Caso o beneficiário opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **Luminar Saúde**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada será orientar o beneficiário para o correto preenchimento

da declaração de saúde, em que serão declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao PLANO, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e às consequências da omissão de informações.

§5º. Será vedada à Luminar Saúde a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, por ocasião de sua admissão no PLANO.

Art. 23. Sendo constatada (por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário) a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Luminar Saúde oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 24. A cobertura parcial temporária consistirá na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 25. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo Único - As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela Luminar Saúde por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e ou mediante exames médicos de avaliação exigidos por ela para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 26. Os procedimentos de alta complexidade estarão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o qual está disponível no *site* www.ans.gov.br.

Art. 27. Exercendo prerrogativa legal, a Luminar Saúde não optará pelo fornecimento do agravo.

Art. 28. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário em relação à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao PLANO, da Luminar Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário por meio de *"Termo de Comunicação ao Beneficiário"* e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

§1º. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Luminar Saúde caberá o ônus da prova.

§2º. A Luminar Saúde poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º - Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º - Após julgamento, e acolhida a alegação da **Luminar Saúde** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **Luminar Saúde**, bem como será excluído do **PLANO**.

§6º - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do **PLANO** até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 29. O presente capítulo não vigorará caso o beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de:

I. 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do convênio de adesão ou 90 (noventa) dias a contar da vinculação do titular à **PATROCINADORA;** e
II. 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o **PLANO** – nos casos de dependentes.

Parágrafo único – Entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho, entre outras.

CAPÍTULO IX
DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I
Do Atendimento

Art. 30. Considera-se:

I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

II. Atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

III. Atendimento de urgência e/ou emergência odontológico:

a) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
b) Tratamento de odontalgia aguda;
c) Imobilização dentária temporária;

d) Recimentação de peça e ou trabalho protético;
e) Tratamento de alveolite;
f) Colagem de fragmentos dentários;
g) Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial; e
h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 31. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se o seguinte:

I. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II
Da Remoção

Art. 32. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor:

I- Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da **Luminar Saúde**, 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; e

II- Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões pré-existentes; e

a) Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

a.1) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **Luminar Saúde** desse ônus;

a.2) Cabe à **Luminar Saúde** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

a.3) Na remoção, a **Luminar Saúde** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS; e

a.4) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente

daquela definida no item 'a.2', a **Luminar Saúde** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X
DO REEMBOLSO

Art. 33. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de atendimentos eletivos ou de urgência e/ou emergência, dentro do território nacional.

§1º. Não é cabível o pagamento de reembolso de serviços utilizados em prestador pertencente à rede de credenciados da **Luminar Saúde.**

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **Luminar Saúde**, que não será inferior ao valor praticado pela operadora de saúde com a rede de credenciados do **PLANO**, tendo como base o valor praticado na data de realização do evento.

§3º. A Tabela de Referência estará disponível na sede da operadora de saúde e no *site* luminarsaude.org.br.

§4º É possível o reembolso integral, descontados os valores de coparticipação, quando:

I. Nos casos de urgência/emergência, inexistir ou estiver indisponível prestador credenciado que ofereça o serviço ou o procedimento conforme demanda do beneficiário, observando-se a área de abragência do produto; e
II. Nos casos eletivos, por indisponibilidade de agenda na rede contratada ou outro motivo que fuja ao controle da **Luminar Saúde**, a operadora não conseguir disponibilizar o atendimento dentro das condições e dos prazos estabelecidos pela ANS, comprovado mediante protocolo de atendimento emitido por ela.

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos na conta-corrente do beneficiário titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, sempre descontados os devidos valores de coparticipação.

§6º. A cobrança de coparticipação seguirá as regras dispostas no art. 43 deste regulamento e incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados, sendo abatida do valor a ser reembolsado.

§7º. O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos, tratamentos seriados, exames complementares de diagnóstico, aparelhos e medicamentos devem ser requeridos à **Luminar Saúde** com toda a documentação comprobatória do serviço prestado.

§8º. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

I. Nome completo do beneficiário;
II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante:
    a) Os recibos apresentados em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações

do nome, conselho de classe e CPF do profissional, ficam dispensados da aposição de carimbo.

III. Especialidade, se profissional médico;
IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e
V. Data de quitação do serviço.

§9º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

I. Nome completo do beneficiário;
II. Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
III. Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
IV. Especialidade, se profissional médico; e
V. Data de quitação do serviço.

§10º. A requisição de exame complementar deve conter:

I. Nome completo do beneficiário;
II. Descrição do exame, codificação e indicação clínica;
III. Nome, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional solicitante;
   a) A requisição de exame apresentada em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome e número do Conselho Regional de Classe do profissional, fica dispensada da aposição de carimbo.
IV. Data.

§11º. Os exames complementares devem ser realizados em estabelecimentos enquadrados como *"pessoa jurídica"*, excetuando-se os exames de eletrocardiograma e endoscopia digestiva alta, que podem ser realizados em estabelecimentos enquadrados como *"pessoa física"*.

§12º. Faz-se necessária a apresentação dos documentos listados no anexo II deste instrumento ao se pedir o reembolso.

§13º. Em caso de negativa da solicitação, o beneficiário poderá reapresentar o pedido no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento da resposta da operadora de saúde, desde que anexe justificativas e/ou documentação complementar.

§14º. Na reapresentação, as justificativas e/ou documentos faltantes na análise anterior deverão ser encaminhados, quando serão gerados um novo protocolo e um novo prazo.

§15º. Os recibos, as notas fiscais, os cupons fiscais, os laudos especializados e as receitas devem ser apresentados em suas vias originais. Qualquer documentação médica emitida em idioma que não seja o português deverá ser acompanhada de tradução juramentada e as expensas para a referida tradução correrão por conta do beneficiário interessado.

§16º. O titular do PLANO tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do recibo ou nota fiscal.

§17º. É vedada a solicitação de reembolso de despesas contraídas pelo beneficiário junto a prestadores que se configurem como parentes até o terceiro grau consanguínio e segundo grau por afinidade.

§18º. Não serão reembolsadas as despesas constantes em documentos ilegíveis e/ou rasurados.

§19º. A **PATROCINADORA**, por intermédio da **Luminar Saúde**, reembolsará, integralmente, as despesas com tratamento médico e odontológico realizados por dependentes com deficiência devidamente cadastrados, em conformidade com o art. 3º do Decreto nº 3.298/99, até os valores constantes nas referenciais de serviços e procedimentos.

§20º. Em caso de óbito do titular, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial.

§21º. Em que pese ao prazo de validade do recibo e/ou da nota fiscal, os pedidos de reembolso deverão ser solicitados pelo beneficiário até o último dia de vigência dele no **PLANO.**

§22º. A **PATROCINADORA**, por intermédio da **Luminar Saúde**, reembolsará os valores relativos a medicações apenas para os beneficiários titulares em que se encontrem na situção de *"acidente de trabalho ou doenças ocupacionais"*.

CAPÍTULO XI
DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I
Da Carteira de Identificação do plano +VIDA AME

Art. 34. A **Luminar Saúde** fornecerá aos beneficiários a Carteira de Identificação – física e/ou eletrônica, em conformidade com os padrões vigentes à epoca –, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e das vantagens do **PLANO**, podendo a **Luminar Saúde** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

§1º. A perda, o furto e/ou o roubo da carteira de identificação do **PLANO** devem ser imediatamente informados, por escrito, à **Luminar Saúde**. Somente no caso de perda, o ônus pela emissão da segunda carteira será de responsabilidade do beneficiário.

§2º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais, é exigido, além da carteira de identificação, um documento de identidade pessoal do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica a não obrigatoriedade de atendimento por parte do prestador de serviço, sem autorização por parte da **Luminar Saúde.**

Seção II
Da Modalidade de Utilização do plano +VIDA AME

Art. 35. A **Luminar Saúde** disponibilizará a seguinte modalidade para a utilização do **PLANO**: Credenciamento.

Art. 36. Na prestação de serviços, o beneficiário ou responsável deverá assinar a guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

Parágrafo Único - O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada, deverá apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

Art. 37. O atendimento aos beneficiários será prestado por rede contratada ou conveniado pela operadora de saúde para esse fim.

§1º. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deverá ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§2º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da Luminar Saúde na internet. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da Luminar Saúde na internet, na forma e nos prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º. A Luminar Saúde reservar-se-á o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecendo aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Seção III
Da Autorização Prévia

Art. 38. Necessitarão de autorização prévia todos os procedimentos médicos e odontológicos bem como todas as terapias, cabendo ao prestador de serviços assistenciais solicitar a referida autorização à Luminar Saúde, mediante o portal do prestador.

§1º. Quando o procedimento envolver utilização de materiais especiais, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, deverão ser apresentados à Auditoria e ou Perícia Médica da Luminar Saúde o laudo médico, com a justificativa da indicação, e o oferecimento de pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, entre aquelas regularizadas pela Anvisa, que atendam às características especificadas, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, ficando a escolha sob a resposabilidade da operadora de saúde.

§2º. Necessitarão de autorização prévia do auditor médico e/ou do perito odontológico os tratamentos indicados pela operadora de saúde na rede credenciada.

§3º. Quando não existirem as 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, conforme o parágrafo 1º deste artigo, deverá ser apresentada a justificativa e/ou a carta de exclusividade.

§4º. Nos casos de comprovação de emergência ou nos casos de urgência, os beneficiários serão

regularmente atendidos e terão o prazo de até 3 (três) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo credenciado e o **PLANO** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§5º - Cirurgia e internação hospitalar emergencial deverão ser comunicadas à **Luminar Saúde** até 3 (três) dias úteis da ocorrência e, para esses casos, deverá ser apresentado o laudo médico.

§6º. Serão efetuadas auditorias médicas e odontológicas (prévia e final), conforme as normas estabelecidas pela **Luminar Saúde.**

§7º. Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico ou cirurgião-dentista da **Luminar Saúde** e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **Luminar Saúde.**

§8º. A autorização prévia somente será efetivada pela **Luminar Saúde** mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento.

§9º. Para a análise adequada da autorização prévia, a **Luminar Saúde** reservar-se-á o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao beneficiário(a).

§10º. A **Luminar Saúde** comprometer-se-á a garantir ao beneficiário o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022, ou na que vier a substituí-la, levando em consideração a data a partir da qual o beneficiário realizou a entrega da documentação completa exigida para análise.

§11º. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o beneficiário será submetido. Quando necessária a permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à **Luminar Saúde** a prorrogação da autorização.

Seção IV
Do Atendimento

Subseção I
Da Consulta e Do Tratamento Odontológico

Art. 39. Em caso de tratamento de emergência, a documentação deverá ser encaminhada à **Luminar Saúde** e acompanhada de laudo, no prazo de 3 (três) dias úteis, após a data de início do tratamento, sujeito à aprovação pela área responsável pelo serviço de odontologia.

§1º. Para o tratamento odontológico, será exigida a GTO preenchida e assinada pelo profissional e pelo beneficiário, devendo ter autorização prévia e perícia final, conforme as normas constantes no

referencial de procedimentos odontológicos, independentemente do valor do tratamento. Qualquer alteração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela **Luminar Saúde.**

§2º. No caso de tratamento realizado por profissional não credenciado, ao término do tratamento, deverá ser emitida a Nota Fiscal (CNPJ) e/ou recibo constando razão social, número do CRO, CPF, com a assinatura do titular para solicitação do reembolso.

§3º. Os beneficiários deverão se submeter à perícia quando solicitado.

§4º. A **Luminar Saúde** poderá solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados.

Subseção II
Da Psicologia e fonoaudiologia

Art. 40. Para tratamentos psicoterápicos *biofeedback*, psicopedagogia e fonoaudiologia; deverão ser descritos os tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo de profissional especializado, contendo o CID e/ou diagnóstico para a autorização prévia pela **Luminar Saúde**, tendo a cobertura referência ao rol de da ANS vigente à época do evento.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, será necessário encaminhar nova solicitação acompanhado de laudo especializado contendo CID e/ou o diagnóstico para nova autorização.

Subseção III
Da Acupuntura e Fisioterapia

Art. 41. Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia, será necessária a solicitação médica.

§1º. A partir da 11ª sessão de acupuntura, é necessária a autorização prévia de auditoria médica.

§2º. Os insumos necessários à realização de acupuntura (ex.: agulhas) estarão contemplados na negociação realizada junto ao prestador de serviços e não serão remunerados ou reembolsados à parte.

§3º. Para fisioterapia buco-maxilo-facial é necessária a solicitação pelo Cirurgião-Dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e ou perícia odontológica.

Subseção IV
Da Terapia Ocupacional

Art. 42. Tratamentos terapêuticos ocupacionais deverão ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou o diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica ou fisioterápica na **Luminar Saúde.**

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, será necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado contendo CID e/ou diagnóstico, para nova autorização.

Seção V
Das Coparticipações

Art. 43. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário em razão da utilização dos serviços cobertos, para si, e para seus dependentes, a qual poderá definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Além da contribuição mensal, será cobrada a coparticipação quando da utilização, pelos beneficiários inscritos (titulares e dependentes), dos procedimentos relacionados no anexo III deste instrumento.

§2º. Para todos os serviços do plano de saúde, a **Luminar Saúde** utilizará guias padronizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, cujos descontos dos valores relativos à coparticipação se darão em folha de pagamento de cada titular da **PATROCINADORA**.

§3º. A **Luminar Saúde** informará à **PATROCINADORA** o valor total da coparticipação de cada beneficiário, após a realização dos procedimentos, nos termos previstos no presente regulamento.

§4º. A **PATROCINADORA** ficará responsável por cobrar o valor da coparticipação ao beneficiário titular (em relação a si e aos seus dependentes) de acordo com os critérios estabelecidos por ela.

§5º. Por determinação da **PATROCINADORA**, estarão isentos da cobrança de coparticipação os seguintes beneficiários:

I. Menores aprendizes;
II. Dependentes do ex-empregado falecido (limitando-se ao perído de usufruto do benefício de remissão);
III. Titular aposentado por invalidez em razão de acidente de trabalho ou de doença ocupacional;
IV. Dependentes com deficiência; e
V. Titular na condição de acidente de trabalho (limitando-se à efetiva recuperação e quando o procedimento e/ou evento em saúde se correlacionar com a CAT).

§6º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontados em folha de pagamento os valores relativos às coparticipações, a cobrança deles será efetuada mediante os meios disponíveis e usuais da **PATROCINADORA.**

§7º. A **PATROCINADORA** será responsável pelo repasse tempestivo à **Luminar Saúde** do valor integral das despesas assistenciais e fará o desconto da parte referente aos beneficiários titulares, por si e por seus dependentes, conforme as normas internas (contribuição e coparticipação).

CAPÍTULO XII
DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

Art. 44. O plano +VIDA AME será custeado em regime de preço *"pós-estabelecido em rateio"*, nos termos do anexo II da Resolução Normativa nº 543, de 2 de setembro de 2022, e de alterações posteriores.

Art. 45. O custeio do PLANO obedecerá às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis e deverá considerar as boas práticas atuariais.

I. Valores repassados pela PATROCINADORA, conforme legislação vigente e convênio celebrado;
II. Contribuição mensal dos beneficiários titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes; e
III. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos precedentes, não onerosos para a Luminar Saúde.

Parágrafo Único - O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais dos beneficiários titulares e dependentes estabelecidas por faixa etária e por faixa salarial e deverá ser publicado por ato do Conselho Deliberativo da Luminar Saúde, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

Art. 46. A participação do beneficiário no custeio do PLANO obedecerá à Súmula nº 9/2005, a qual veda o repasse integral e individualizado dos custos dos serviços prestados ao beneficiário pela PATROCINADORA.

§1º. Todos os beneficiários vinculados ao PLANO deverão contribuir para ele, conforme o plano de custeio constante do anexo IV deste regulamento, o qual considerará a faixa etária dos inscritos e a faixa salarial do titular.

§2º. Por determinação da PATROCINADORA, estarão isentos da cobrança de mensalidade os seguintes beneficiários:

I. Menores aprendizes;
II. Dependentes do ex-empregado falecido (limitando-se ao perído de usufruto do benefício de remissão); e
III. Titular aposentado por invalidez em razão de acidente de trabalho ou doença ocupacional.

Art. 47. As contribuições mensais relativas aos beneficiários titulares, por si e por seus dependentes, conforme valores definidos no plano de custeio, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento, ficando a PATROCINADORA responsável pelo processamento do referido desconto.

§1º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as contribuições mensais, a cobrança delas será efetuada mediante os meios disponíveis e usuais da PATROCINADORA, cujo pagamento deverá ser realizado até a sua respectiva data de vencimento.

§2º. A PATROCINADORA será responsável pelo repasse tempestivo à Luminar Saúde do valor integral das despesas assistenciais e fará o desconto da parte referente aos beneficiários titulares, por si e por seus dependentes, conforme as normas internas (contribuição e coparticipação).

§3º. Os valores devidos em relação às despesas assistenciais, quando não quitados

tempestivamente, serão corrigidos em conformidade com os índices correcionais estabelecidos no convênio de adesão celebrado entre a PATROCINADORA e a Luminar Saúde.

CAPÍTULO XIII
DO REAJUSTE

Art. 48. A critério da PATROCINADORA, poderá ser efetuada a avaliação do custeio do plano +VIDA AME, que indicará, ou não, a necessidade de revisão das coberturas previstas neste instrumento ou da forma de custeio prevista no plano de custeio, inclusive com a aplicação de reajustes técnico-atuariais nos valores e percentuais da tabela de contribuições, o que ocorrerá preferencialmente no mês de julho.

§1º. A avaliação atuarial poderá/deverá levar em consideração:

I. Reajuste financeiro apurado de acordo com a variação positiva do IPCA acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 2 (dois) meses, sendo que, na falta deste, o reajuste se dará mediante outro índice oficial que vier a substituí-lo; e

II. Desequilíbrio técnico, considerando os seguintes fatos:

- **a)** Aumento da sinistralidade do plano;
- **b)** Aumento considerável dos custos médicos;
- **c)** Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do rol de procedimentos pela ANS; e/ou
- **d)** Alteração sensível na composição dos beneficiários.

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente regulamento.

§3º. Independente da data de adesão do beneficiário, os valores de suas contribuições poderão ser reajustados no mês de julho de cada ano, a depender da análise técnico-atuarial a ser requerida pela PATROCINADORA e conduzida pela Luminar Saúde, conforme aniversário de vigência deste regulamento, entendendo esta como data-base.

§4º. Poderão ser reajustados, adicionalmente, os percentuais e/ou valores de coparticipação previstos neste instrumento, mediante avaliação técnica que seja submetida ao mesmo rito do reajuste das mensalidades.

CAPÍTULO XIV
DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 49. A contrapartida de responsabilidade do beneficiário será definida em função da faixa etária dos beneficiários inscritos e da faixa salarial do titular, conforme o plano de custeio constante do anexo IV deste regulamento, que considera o disposto na legislação específica em vigor.

§1º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundirão com o reajuste financeiro anual.

§3º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária serão fixados e observarão a seguinte condição: a variações por mudança de faixa etária não pode apresentar percentuais negativos.

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

§4º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.471/2003), em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste regulamento.

§5º. Para exercício do direito de manutenção dos ex-empregados, exceto aqueles demitidos por justa causa, previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos por eles em novo plano destinado exclusivamente a esta categoria serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida para aquele plano, estando, em versão atualizada, permanentemente à disposição para consulta pelos beneficiários na **Luminar Saúde** e na **PATROCINADORA**.

CAPÍTULO XV
DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I
Do Demitido

Art. 50. Ao beneficiário titular que contribuir para o plano **+VIDA AME**, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário mantido com a **PATROCINADORA**, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º. O empregado desligado da **PATROCINADORA**, exceto aquele desligado por justa causa, deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 90 (noventa) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA**, formalizada no ato da rescisão contratual ou exoneração.

§2º. O período de manutenção da condição de beneficiário será garantido por prazo indeterminado, de acordo com as disposições contidas no art. 52 deste regulamento.

Seção II
Do Aposentado

Art. 51. Ao beneficiário titular que tiver contribuído para o plano **+VIDA AME**, em decorrência de

vínculo empregatício com a PATROCINADORA, e que vier a se aposentar, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário na Luminar Saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a PATROCINADORA, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal prevista para o plano destinado exclusivamente aos titulares com vínculo inativo, em conformidade com a legislação vigente.

§1º. O aposentado deverá optar pela adesão ao novo plano, fazendo jus ao direito previsto no *caput* desse artigo, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, em resposta à comunicação da PATROCINADORA, formalizada no ato da rescisão contratual.

§2º. O período de manutenção da condição de beneficiário será garantido por prazo indeterminado, de acordo com as disposições contidas no art. 52 deste regulamento.

Seção III
Das Disposições Comuns

Art. 52. O plano tratado neste regulamento destina-se exclusivamente à categoria de beneficiários titulares ativos e seus respectivos dependentes e à categoria de beneficiários titulares inativos enquadrados no inciso VI do art. 7º deste regulamento e seus respectivos dependentes, sendo garantido, nos casos de aposentadoria ou em outras situações de exoneração ou de rescisão de contrato de trabalho, o direito da manutenção de ex-empregados em outro plano privado de assistência à saúde, o qual será destinado exclusivamente (ou não) aos empregados inativos e aos seus respectivos dependentes: EVIDA Melhor Idade e/ou EVIDA Essencial.

§1º. O custeio do plano privado de assistência à saúde destinado exclusivamente aos beneficiários titulares com vínculo inativo referido neste instrumento será apresentado em tabela de custo por faixa etária e com o respectivo valor da contribuição mensal a ser adotada, no caso de exercício do direito de manutenção tratado nesta cláusula.

§2º. Eventualmente, quando o plano de custeio do plano privado de assistência à saúde destinado exclusivamente aos beneficiários titulares com vínculo inativo preveja repasse da PATROCINADORA, ou participação financeira dos beneficiários titulares com vínculo ativo em seu custeio, será adotada tabela de preços diferente da tabela de custo, para as contribuições mensais a serem assumidas pelos beneficiários titulares mantidos no plano após a aposentadoria ou o desligamento, exceto aquelas por justa causa. Nesse caso, o plano de custeio do plano privado de assistência à saúde destinado exclusivamente aos beneficiários titulares com vínculo inativo apresentará as 2 (duas) tabelas, de custo e de preço, além dos critérios de participação financeira da PATROCINADORA e ou dos beneficiários titulares com vínculo ativo.

§3º. O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o beneficiário não esteja contribuindo para o plano +VIDA AME no momento da aposentadoria ou do desligamento, exceto aqueles desligamentos por justa causa, desde que, em algum momento, tenha contribuído para o plano +VIDA AME.

§4º. 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.

§5º. Em caso de óbito do ex-empregado 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 ex-empregado ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

§6º. As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§7º. O titular que não contribuir para o plano +VIDA AME, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência de que trata esta cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

§8º. Nos planos coletivos custeados integralmente pela PATROCINADORA, não será 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.

Art. 53. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/1999.

CAPÍTULO XVI
DA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 54. Caberá à PATROCINADORA solicitar a exclusão de beneficiário nas seguintes situações:

I. Perda da qualidade de titular, ressalvado o direito de manutenção em plano da Luminar Saúde exclusivo para titulares com vínculo inativo, nos termos da regulamentação vigente;
II. Perda do direito de elegibilidade e vínculo decorrente da saída da Amazonas Energia S.A. da condição de patrocinadora do plano +VIDA AME; e
III. Perda da qualidade de dependente, quando o 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.

§1º. Para proceder com a solicitação de exclusão de beneficiário titular tratado neste instrumento, a PATROCINADORA deverá obrigatória e expressamente informar à Luminar Saúde:

I. Se o beneficiário foi excluído por desligamento ou aposentadoria;
II. Se o beneficiário desligado se enquadra no disposto no artigo 22 da RN 279/2011, ou seja, se o empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;
III. Se o beneficiário contribuía para o custeio do plano tratado neste instrumento;
IV. Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o custeio do plano tratado neste instrumento;
V. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição;
VI. Se o beneficiário titular, voluntariamente, optou por não permanecer no plano tratado neste instrumento; e
VII. Se o beneficiário titular aderiu a eventual programa de demissão voluntária, bem como os seus

termos e as suas condições para a manutenção no plano tratado neste instrumento.

§2º. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão de beneficiários titulares, mediante comprovação inequívoca de que o titular foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário em plano da **Luminar Saúde,** exclusivo para beneficiários titulares com vínculo inativo, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior.

Art. 55. A **Luminar Saúde** poderá excluir os beneficiários, sem a anuência da **PATROCINADORA,** nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da **Luminar Saúde:**

I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;
II. Perda da qualidade de titular, ressalvado o direito de manutenção em plano da **Luminar Saúde** exclusivo para titulares com vínculo inativo, nos termos da regulamentação vigente;
III. 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; e
IV. Interrupção do repasse financeiro relativo às despesas assistenciais por prazo superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não.

§1º. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do dependente deverá ser comunicada pela **PATROCINADORA** à **Luminar Saúde**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, e acompanhada da documentação comprobatória.

§2º - Considera-se perda da qualidade de beneficiário titular:

I. Falecimento;
II. Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
III. Aposentadoria com desligamento da **PATROCINADORA**;
IV. Decisão administrativa ou judicial;
V. Voluntariamente, por opção do titular;
VI. Outras situações previstas em lei.

Art. 56. A exclusão do beneficiário titular implicará a automática exclusão de todos os dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

Art. 57. Em caso de rescisão contratual com a **PATROCINADORA,** e cumpridos os procedimentos do plano **+VIDA AME** realizados pelo beneficiário, este terá direito ao reembolso das despesas realizadas até o último dia trabalhado.

§1º. Quando se tratar especificamente de tratamento odontológico, o titular e seus dependentes ficarão sujeitos à auditoria final dos tratamentos realizados, devendo efetuá-la até o último dia de trabalho do titular, quando cumprir aviso-prévio ou até a quitação da rescisão.

§2º. As despesas referentes à participação do titular e dos dependentes nos serviços faturados pelo plano **+VIDA AME** deverão ser quitadas na rescisão contratual daquele ou por meio de cobrança

realizada via nota de débito, cuja cobrança será realizada exclusivamente pela **PATROCINADORA**.

Art. 58. Quando da ocorrência da perda da qualidade de dependente, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora de saúde ou para outros planos da **Luminar Saúde**, devendo, para tanto, serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela Resolução Normativa nº 438/2018 e/ou por alterações emanadas pela ANS posteriormente à referida norma.

Art. 59. Na hipótese de falecimento do titular, será assegurada aos dependentes devidamente cadastrados no plano **+VIDA AME** a utilização desse benefício por um período de 12 (doze) meses, a contar da data em que ocorreu o óbito, com cobertura integral dos custos por parte da **PATROCINADORA**. Findado este prazo, a carteira de identificação do plano **+VIDA AME** de todos os seus beneficiários deverá ser devolvida à **Luminar Saúde.**

Art. 60. A exclusão, nos termos tratados neste regulamento, não exime o beneficiário da obrigação de quitar eventuais débitos, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO XVII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Das Obrigações

Art. 61. São obrigações da **PATROCINADORA**, de modo a assegurar a sustentabilidade deste **PLANO**:

I. Repassar para a **Luminar Saúde** os recursos para o financiamento do plano (despesas assistenciais totais) de acordo com o estabelecido no convênio de adesão;
II. Orientação quanto à interpretação e ao acompanhamento das disposições do plano **+VIDA AME;**
III. Análise de situações excepcionais; e
IV. Disponibilizar informações cadastrais dos empregados à **Luminar Saúde,** incluindo todas as informações referentes ao salários recebidos para fins de cálculo das contribuições.

Art. 62. São obrigações da **Luminar Saúde:**

I. Orientação quanto à interpretação das disposições do plano de saúde, análise de casos especiais e promoção das respectivas soluções; e
II. Gestão do plano **+VIDA AME.**

Art. 63. São obrigações do beneficiário titular:

I. Comunicação imediata à **Luminar Saúde** da perda da carteira de identificação para uso do plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;
II. Zelo na utilização do plano **+VIDA AME**, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;
III. Confirmação dos nomes dos seus dependentes, entre outros dados cadastrais, no ato do recebimento da nova carteira de identificação de beneficiário do plano **+VIDA AME;**
IV. Devolução da carteira de identificação de todos os beneficiários no momento do desligamento

ou quando qualquer de seus beneficiários perderem essa condição;

V. Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e/ou perícia médica;

VI. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e pedidos médicos em suas vias originais, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento ou reembolso;

VII. Encaminhamento de tradução juramentada em português de qualquer documentação médica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento ou reembolso, ressalvado, porém, que o plano terá somente cobertura dentro do território nacional;

VIII. Atendimento às solicitações da **Luminar Saúde**, quando esta julgar necessário, de avaliações exames complementares de diagnósticos, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final e outros documentos pertinentes que forem solicitados;

IX. Declaração e atualização de dados; e

X. Pagamento da parte das mensalidades e coparticipações que lhe forem cabíveis (por si e por seus dependentes).

Seção II
Das Penalidades

Art. 64. O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeitará o beneficiário titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo único - São considerados faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos beneficiários titulares e dependentes:

I. Criar embaraços aos exames, às perícias e às auditorias previstos em regulamento;

II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento;

III. Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;

IV. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes com deficiência;

V. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;

VI. Falsificar ou adulterar documentos;

VII. Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação; e

VIII. Usar o plano de saúde para fins não previstos no rol da ANS, como, por exemplo, o estético.

Art. 65. A **Luminar Saúde** poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao beneficiário titular, conforme a gravidade da falta cometida, sempre assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa:

I. Advertência escrita;

II. Suspensão; e

III. Exclusão.

§1º. O beneficiário titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

§2º. A suspensão ou a exclusão do beneficiário titular, nos termos deste artigo, implicarão a automática suspensão ou cancelamento da inscrição de seus dependentes.

§3º. O beneficiário que sofrer a aplicação da penalidade terá o prazo de 10 (dez) dias, após o recebimento da notificação, para apresentar a defesa e, se necessário, recorrer à instância competente.

§4º. As penalidades aplicadas serão comunicadas ao beneficiário titular por notificação escrita, com cópia para a respectiva PATROCINADORA.

Art. 66. Na hipótese de inadimplência do beneficiário em relação aos valores devidos ao plano, poderão também aplicadas as seguintes penalidades:

I. Suspensão do plano +VIDA AME, caso a inadimplência acumule 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos últimos 12 (doze) meses; e
II. Exclusão do plano +VIDA AME, caso a inadimplência acumule mais de 90 (noventa) dias.

Seção III
Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 67. Este regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente; assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado estará sujeita a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observando-se a legislação em vigor.

Art. 68. Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 69. Nenhuma responsabilidade caberá à Luminar Saúde por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular e de seus dependentes provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do beneficiário.

Art. 70. A Luminar Saúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 71. Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da Luminar Saúde e da PATROCINADORA, fornecerão informações complementares a este regulamento.

Art. 72. Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da Luminar Saúde, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 73. O presente regulamento vigorará por 60 (sessenta) meses, a partir da data de sua publicação, podendo ser revisado a qualquer tempo, dentro desse período, objetivando as adequações necessárias para o funcionamento do plano de saúde.

Art. 74. Fica eleito o foro da comarca de residência do beneficiário, para dirimir quaisquer demandas sobre o presente regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

Brasília, 1º de julho de 2022.

ANEXO I

DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Relação	Documentos Comprobatórios
Titular	Formulário de autorização da patrocinadora; RG e CPF; Comprovante de residência; e Comprovante Bancário.
Relação de Dependência	**Documentos Comprobatórios**
Cônjuge	Formulário de autorização da patrocinadora; Certidão de casamento civil; e RG e CPF.
Companheiro	Formulário de autorização da patrocinadora; Certidão de União Estável emitida em cartório e atualizada; e RG e CPF.
Filho (incluído o adotivo) menor de 21 anos	Formulário de autorização da patrocinadora; Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); Certidação de nascimento com CPF (menores de 10 anos); e RG e CPF.
Enteado menor de 21 anos	Formulário de autorização da patrocinadora; Certidação de nascimento com CPF (menores de 10 anos); Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no plano); RG e CPF; e Declaração de IR do titular constando a dependência.
Filho (incluído o adotivo) menor de 24 anos – quando for universitário (limitado-se à 1º graduação)	Formulário de autorização da patrocinadora; Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); RG e CPF; e Comprovante de matrícula emitido semestralmente.
Enteado menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1º graduação)	Formulário de autorização da patrocinadora; Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no plano); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente; e Declaração de IR do titular constando a dependência.
Curatelado	Formulário de autorização da patrocinadora; Decisão judicial nomeando o curador; Certidação de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF; e Avaliação da área social da patrocinadora.
Menor sob guarda em processo de adoção	Formulário de autorização da patrocinadora; Decisão judicial comprobatória; Certidação de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF; e Avaliação da área social da patrocinadora.
Dependente com doença grave ou com deficiência	Formulário de autorização da patrocinadora; Certidação de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos); Laudo médico; Avaliação da área social da patrocinadora; e Declaração de IR do titular constando a dependência.

ANEXO II
DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO

Procedimento ou serviço	Documentação comprobatória
Consultas Médicas e Odontológicas	- Recibo ou nota fiscal.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT/ Tratamentos seriados	- Recibo ou nota fiscal; e - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	- Recibo ou nota fiscal; - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e plano de tratamento, quando for o caso; e - Fatura com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.
Internações	- Recibo ou nota fiscal do estabelecimento hospitalar e/ou dos profissionais que prestaram atendimento; - Relatório do médico assistente justificando a necessidade de internação, com descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e demais informações que se fizerem pertinentes; - Fatura hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos,exames e demais serviços prestados; - Em caso de internação cirúrgica, cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico; e - Se utilizado implante de órtese, prótese ou material especial, nota fiscal do material utilizado.

ANEXO III
DAS COPARTICIPAÇÕES

Critérios	Coparticipação	Limitador
Consultas, exames e demais procedimentos ambulatoriais e odontológicos.	15%	-

Internações		
(Valor Inicial) de:	(Valor Final) até:	Coparticipação
R$ 53,23	R$ 887,08	R$ 39,03
R$ 887,09	R$ 1.774,15	R$ 73,18
R$ 1.774,16	R$ 3.548,31	R$ 146,37
R$ 3.548,32	R$ 5.322,46	R$ 292,74
R$ 5.322,47	R$ 7.096,62	R$ 390,31
R$ 7.096,63	R$ 8.870,77	R$ 585,47
R$ 8.870,78	R$ 13.306,16	R$ 731,84
R$ 13.306,17	R$ 17.741,54	R$ 975,78
R$ 17.741,55	R$ 26.612,32	R$ 1.170,94
R$ 26.612,33	R$ 35.483,09	R$ 1.561,26
R$ 35.483,10	R$ 53.224,63	R$ 2.341,88
R$ 53.224,64	R$ 70.966,18	R$ 3.122,51
R$ 70.966,19	R$ 88.707,72	R$ 3.903,14
R$ 88.707,73	R$ 106.449,26	R$ 4.683,77
R$ 106.449,27	R$ 124.190,81	R$ 4.917,96
R$ 124.190,82	R$ 141.932,35	R$ 5.163,85
R$ 141.932,36	R$ 159.673,90	R$ 5.422,05
R$ 159.673,91	R$ 177.415,44	R$ 5.693,15
R$ 177.415,45	–	R$ 10.644,93

ANEXO IV
DO PLANO DE CUSTEIO

Art.1º. O presente anexo dispõe sobre os percentuais e os valores de contribuição a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, estabelecidos para o custeio do plano **+VIDA AME.**

Art. 2º. Considerando-se o disposto no regulamento do plano **+VIDA AME,** fica instituído o presente plano de custeio, com as regras e os valores de contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes.

Art. 3º. Para participar do plano **+VIDA AME**, o beneficiário titular contribuirá mensalmente com o custeio do plano, por si e por seus dependentes, no valor especificado na tabela de preços do plano vigente à época:

Faixas Etárias	Valor-Base	Faixas Salariais					
		Até R$ 3.000,00	De R$ 3.000,01 a R$ 5.000,00	De R$ 5.000,01 a R$ 8.000,00	De R$ 8.000,01 a R$ 12.000,00	De R$ 12.000,01 a R$ 16.000,00	Acima de R$ 16.000,00
		5%	8%	12%	17%	21%	25%
00-18	R$ 456,45	R$ 22,82	R$ 36,52	R$ 54,77	R$ 77,60	R$ 95,85	R$ 114,11
19-23	R$ 456,45	R$ 22,82	R$ 36,52	R$ 54,77	R$ 77,60	R$ 95,85	R$ 114,11
24-28	R$ 456,45	R$ 22,82	R$ 36,52	R$ 54,77	R$ 77,60	R$ 95,85	R$ 114,11
29-33	R$ 456,45	R$ 22,82	R$ 36,52	R$ 54,77	R$ 77,60	R$ 95,85	R$ 114,11
34-38	R$ 456,45	R$ 22,82	R$ 36,52	R$ 54,77	R$ 77,60	R$ 95,85	R$ 114,11
39-43	R$ 551,85	R$ 27,59	R$ 44,15	R$ 66,22	R$ 93,81	R$ 115,89	R$ 137,96
44-48	R$ 679,33	R$ 33,97	R$ 54,35	R$ 81,52	R$ 115,49	R$ 142,66	R$ 169,83
49-53	R$ 817,23	R$ 40,86	R$ 65,38	R$ 98,07	R$ 138,93	R$ 171,62	R$ 204,31
54-58	R$ 997,84	R$ 49,89	R$ 79,83	R$ 119,74	R$ 169,63	R$ 209,55	R$ 249,46
59-MM	R$ 1.269,25	R$ 63,46	R$ 101,54	R$ 152,31	R$ 215,77	R$ 266,54	R$ 317,31

§1º. A base de cálculo para definição do valor da contribuição mensal ao plano **+VIDA AME** considerará:

I. Empregados ativos, inclusive aqueles cedidos pela **PATROCINADORA**: o valor do **salário-base** pago pela **PATROCINADORA**;
II. Empregados cedidos para a **PATROCINADORA:** o valor do salário-base recebida pela entidade cedente;
III. Dirigentes (Presidente e Diretores): o valor do salário-base pago pela **PATROCINADORA**; e
IV. Aposentados por invalidez temporária: o valor do **salário benefício** recebido no INSS.

§2º. A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos beneficiário titulares, por si e seus dependentes, observará os seguintes critérios:

I. Faixa salarial do beneficiário titular; e
II. Faixa etária dos beneficiários inscritos pelo beneficiário titular, incluindo ele próprio.

§3º. O valor da contribuição mensal será o somatório das contribuições individuais do beneficiário titular e de seus dependentes, em conformidade com o estabelecido na tabela de contribuições estabelecida no art. 3º. deste plano de custeio.

Art. 4º. O reajuste dos valores constantes da tabela do anexo IV, a qual se refere às contribuições do plano de custeio do plano de saúde plano +VIDA AME, poderá ser realizado preferencialmente no mês de julho, possuindo como parâmetro o estudo anual atuarial a ser requerido pela PATROCINADORA e confeccionado pela Luminar Saúde.

Art. 5º. Este plano de custeio entrará em vigor em 1º de julho de 2022.