REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE
EVIDA FAMÍLIA

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 oferta e gerencia o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

Art. 2º. O presente instrumento destina-se exclusivamente ao público descrito no anexo I.

Art. 3º. O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **EVIDA Família**; está registrado na ANS sob o nº **468.890/13-2**; e possui as seguintes características gerais:

I. **Tipo de contratação:** Coletivo empresarial
II. **Segmentações assistenciais:** Ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; e odontologia
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:** Pré-estabelecido
VIII. **Condições de vínculo:** Ativo e inativo
IX. **Acesso à livre escolha:** Sim
X. **Cobertura assistencial:** Referência ao rol da ANS

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O plano de saúde **EVIDA Família**, doravante denominado *"plano"*, é um programa de assistência à saúde destinado às pessoas as quais atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos no anexo I deste instrumento, doravante denominadas *"beneficiárias"*.

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

XV. **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.

XVI. **Coparticipação:** parte efetivamente paga pelo beneficiário quando da utilização dos serviços cobertos e definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.

XVII. **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.

XVIII. **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.

XIX. **Dependente com deficiência incapacitante:** beneficiário que tem sua deficiência declarada por médico assistente.

XX. **Dependente legal:** pessoa declarada no imposto de renda e/ou reconhecida por meio de sentença judicial ou Instrumento Declaratório Público.

XXI. **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.

XXII. **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*.

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

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

XXV. **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.

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

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

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

XXIX. **Mensalidade:** valor pago individualmente pelo beneficiário com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde.

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

XXXI. **Modalidade livre escolha:** caracteriza-se pela escolha do profissional liberal da área de saúde, clínica, hospital e laboratorial, não conveniado com a **Luminar Saúde**.

XXXII. **Plano EVIDA Família:** produto concedido pela **Luminar Saúde** o qual visa a garantir a cobertura de serviços assistenciais (atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e

odontológicos, conforme o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS) sob as modalidades de convênio e livre escolha.

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

XXXIV. **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.

XXXV. **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.

XXXVI. **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.

XXXVII. **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.

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

XXXIX. **Titulares:** pessoas naturais descritas no anexo I deste regulamento.

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

CAPÍTULO IV
DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º. O plano de saúde **EVIDA Família** destina-se às pessoas físicas as quais estejam relacionadas no anexo I deste regulamento.

Art. 8º. Para o cadastramento no plano **EVIDA Família** (titulares, dependentes e agregados), é necessária a apresentação, em cópia simples, da documentação constante do anexo II deste instrumento; e, para efeito desse produto, sempre que for julgado necessário, são realizadas avaliações para constatação da presença de requisitos básicos tanto para admissão como para manutenção de dependentes/agregados.

§1º. A inscrição de dependentes/agregados fica condicionada à participação de titular.

§2º. Na hipótese de o titular sair do plano, os dependentes já inscritos podem se manter na condição de beneficiários, desde que assumam as obrigações contratuais.

§3º. Quando o casal for empregado da mesma patrocinadora, somente um dos cônjuges/companheiros tem direito ao cadastramento de dependentes e a ele cabe a comprovação da dependência.

§4º. Para a inclusão de filhos ou enteados permanentemente incapacitados para o trabalho, deve ser apresentado o laudo emitido por médico assistente.

§5º. No caso de universitário, o titular deve apresentar a declaração escolar a cada semestre, de

acordo com o cronograma da Luminar Saúde; e, ao completar a idade fixada para o grupo específico, o estudante perde o direito de permanecer no plano na condição de dependente direto, passando a ser elegível na condição de agregado.

§6º. O dependente/agregado não precisa estar vinculado ao mesmo plano de saúde do qual o titular faz parte.

§7º. A Luminar Saúde tem o direito de, a qualquer tempo, exigir do beneficiário a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas.

CAPÍTULO V
DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 9º. A Luminar Saúde, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste instrumento, cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, às internações hospitalares e aos atendimentos obstétricos e odontológicos; respeitando-se as áreas geográficas de abrangência e de atuação fixadas e a rede prestadora de serviços contratada, credenciada e referenciada (independentemente da circunstância e da origem do evento) e tomando como referência o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS vigente na época da utilização, a relação de doenças listadas na CID-10 (no que se aplicam ao plano) e as diretrizes de utilização (DUT) e as diretrizes clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação em vigor na data do evento.

Seção I
Da Cobertura Médico-Hospitalar

Art. 10. A cobertura ambulatorial compreende:

I. Os atendimentos 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. 11. 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** pode 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. 12. Na atenção prestada aos beneficiários com transtornos mentais, observa-se 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 50% (cinquenta 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. 13 – 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, neuro navegação 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 substituição, 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. 14. O presente instrumento garante todas as coberturas e os procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei nº 9.656/1998, incluindo a cobertura de: exame clínico; procedimentos de diagnóstico; atendimentos de urgência e emergência; exames auxiliares e/ou complementares; tratamentos; e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo profissional com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, como, por exemplo, os de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia. Nesse sentido, para a segmentação odontológica, tomam-se também como referência o rol de procedimentos e eventos em saúde e as diretrizes de utilização (DUT) – ambos da ANS e vigentes à época da utilização, conforme a 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 extraoral) 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 intracanal; 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 a 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. 15. Em conformidade com o que preveem a Lei nº 9.656/98 e as resoluções do CONSU, e observando-se as coberturas 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 de saúde **EVIDA Família** os eventos e as 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. 16. Entende-se por carência o período ininterrupto contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano durante o qual as mensalidades são pagas, mas ainda não é possível ter acesso às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano.

Art. 17. O **EVIDA Família** adotará os seguintes prazos regulamentares de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência;
b) 300 (trezentos) dias para parto a termo; e
c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

Art. 18. Não será exigido o cumprimento de períodos de carência para a garantia das coberturas previstas neste instrumento aos beneficiários regularmente inscritos no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data em que se tornarem elegíveis.

§1º. Os beneficiários excluídos por motivo de inadimplência, por determinação do Estatuto Social da Luminar Saúde, estarão obrigados a cumprir os prazos regulamentares de carência, caso retornem ao produto.

§2º. Os prazos regulamentares de carência serão contados individualmente a partir da data vigência do plano de saúde.

§3º. Será assegurada a inclusão de filhos (recém-nascidos e/ou adotivos) com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, desde que a inscrição ocorra até 90 dias a contar da data em que passam a ser elegíveis ao plano.

§4º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata o artigo, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

Art. 19. Exemplificamente, entender-se-ão por data de elegibilidade de dependente direto e

agregado, para fins deste regulamento, a data do casamento para inscrição de cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho, entre outras.

CAPÍTULO VIII
DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 20. Não será aplicada cobertura parcial temporária ou agravo no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, aos beneficiários regularmente inscritos no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do momento em que passam a ser elegíveis.

Parágrafo único – Entender-se-ão por doenças ou lesões pré-existentes aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da admissão no plano.

Art. 21. Caso a **Luminar Saúde** venha permitir o ingresso de beneficiários fora do prazo contemplado no artigo anterior, os novos inscritos deverão sujeitar-se ao preenchimento do formulário de declaração de saúde, no qual manifestarão o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeitos 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 e orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados e referenciados 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. 22. 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. 23. 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. 24. 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. 25. 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. 26. Exercendo prerrogativa legal, a **Luminar Saúde** não optará pelo fornecimento do agravo.

Art. 27. 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, a **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 e solicitar abertura de processo administrativo na ANS após recusa do beneficiário à CPT.

§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 passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e relacionadas com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente 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 do plano até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Art. 28. Exemplificamente, entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins deste regulamento, a data do casamento para inscrição de 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. 29. Dentro desse contexto:

I. Considera-se *"atendimento de urgência"* o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

II. Considera-se *"atendimento de emergência"* o evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

III. Consideram-se *"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 extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial; e
h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 30. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se o seguinte:

I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao EVIDA Família;

II. Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

III. Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;

IV. Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta,

ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V. Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação; e

VI. 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. 31. 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 referenciada 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;

II. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação; e

III. 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.

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) Caberão 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. 32. 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/emergência, dentro do território nacional.

§1º. 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 **Luminar Saúde** junto à rede de prestadores de serviços assistenciais do **EVIDA Família.**

§2º. Os reembolsos aprovados serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados.

§3º. O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos, psicológicos, exames complementares de diagnóstico deve ser requerido à **Luminar Saúde**, com toda a documentação comprobatória do serviço prestado.

§4º. Os recibos, notas fiscais, cupons fiscais, laudos especializados e receitas devem ser apresentados em suas vias originais. Qualquer documentação médica emitida em idioma que não seja o português deve ser acompanhada de tradução juramentada.

§5º. O beneficiário tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do documento fiscal.

§6º. A tabela de referência da **Luminar Saúde** está registrada no Cartório Marcelo Ribas, localizado no SCS Q.8 Ed. Venâncio 2000 Bloco "B"- 60 - sala 140/E 1º andar, estando também disponível na sede da **Luminar Saúde** e no *site* (https://evida.org.br/).

§7º. Sempre que houver alteração na tabela de referência, conforme negociações com os prestadores de serviços assistenciais, esta será novamente registrada.

§8º. O reembolso das despesas pagas diretamente pelo beneficiário ao prestador de serviços assistenciais, em qualquer caso, só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este regulamento.

§9º. A cobrança de coparticipação incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados pelos beneficiários e será abatida do valor a ser reembolsado no caso de deferimento do pedido de reembolso.

§10º. 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.

§11º. 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.

CAPÍTULO XI
DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I
Da Carteira de Identificação

Art. 33. A Luminar Saúde fornecerá aos beneficiários a carteira de identificação – física e/ou eletrônica, em conformidade com os padrões vigentes à época –, 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 deverão 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, será exigido, além da carteira de identificação, um documento de identidade pessoal do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implicará a não obrigatoriedade de atendimento por parte do prestador de serviço, sem autorização por parte da Luminar Saúde.

Seção II
Da Modalidade de Utilização

Art. 34. A Luminar Saúde disponibiliza duas modalidades para a utilização do EVIDA Família: convênio e livre escolha, ficando a escolha a critério do beneficiário.

Art. 35. Na prestação de serviços do tipo convênio, o beneficiário ou o seu responsável deverá assinar a guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

§1º. O profissional liberal das áreas de saúde assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada devem apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor.

§2º. Os beneficiários devem requerer, por meio de formulário específico, autorização para utilizar a rede credenciada das empresas congêneres, e terão suas despesas pagas pela Luminar Saúde, que se responsabilizará junto à empresa parceira com o pagamento integral do valor cobrado.

Art. 36. O atendimento, por meio do sistema de convênio, será prestado aos beneficiários por meio de rede própria e credenciada pela Luminar Saúde.

§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 serviços assistenciais 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** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/98.

Seção III
Da Autorização Prévia

Art. 37. 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 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 responsabilidade da operadora de saúde.

§2º. 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.

§3º. Nos casos de comprovação de emergência ou nos casos de urgência, os beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de até 2 (dois) 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.

§4º - Cirurgia e internação hospitalar emergencial deverão ser comunicadas à **Luminar Saúde** até 2 (dois) dias úteis da ocorrência e, para esses casos, deverá ser apresentado o laudo médico.

§5º. Serão efetuadas auditorias médicas e odontológicas (prévia e final), conforme as normas estabelecidas pela **Luminar Saúde.**

§6º. Será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado da data da solicitação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, nos termos deste regulamento.

§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 no 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 substitui-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. 38 - Quando o beneficiário residir ou estiver temporariamente em local que não tenha representação da **Luminar Saúde**, nem convênio de reciprocidade com empresas congêneres, a Guia de Tratamento Odontológico - GTO deve ser encaminhada à sede da **Luminar Saúde**, acompanhada da respectiva justificativa, para autorização prévia.

§1º. Em caso de tratamento de emergência, a documentação deverá ser encaminhada à **Luminar Saúde** e acompanhada de laudo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, após a data de início do tratamento, sujeito à aprovação pela área responsável pelo serviço de odontologia.

§2º. 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.**

§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. 39. 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**, tomando como referência a cobertura prevista no rol 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. 40. Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia, será necessária a solicitação médica.

Subseção IV
Da Terapia Ocupacional

Art. 41. 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 da **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. 42. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário quando utiliza os serviços cobertos pelo plano, a qual poderá ser definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário, serão cobradas as coparticipações relacionadas no anexo III deste instrumento.

§2º. Para todos os serviços do plano de saúde, a **Luminar Saúde** utilizará guias padronizadas pela ANS, cobrando o valor relativo à coparticipação juntamente com a cobrança da contribuição fixa e mensal.

§3º. Os valores devidos pelos beneficiários a título de coparticipação serão cobrados por meio de boleto bancário (a ser disponibilizado eletronicamente e sempre com data de vencimento para o dia 10 de cada mês) e à medida que as contas forem sendo processadas (sem que haja limite de valor de cobrança em determinada competência).

§4º. Todos os beneficiários do plano (sem nenhuma exceção) estarão submetidos às regras de

cobrança de coparticipação.

Art. 43. Os valores de coparticipação deverão ser pagos pelo beneficiário titular em relação a si e aos seus dependentes.

§1º. No caso dos agregados, desde que não sejam menores de idade, os valores de coparticipação deverão ser pagos exclusivamente por eles, sem recair sobre o titular essa responsabilidade ou as consequências oriundas de possíveis inadimplências.

§2º. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos, o beneficiário estará sujeito a juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (calculado *pro rata die*) e à multa de 2% (dois por cento) incidentes sobre o valor do débito atualizado.

CAPÍTULO XII
DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

Art. 44. O plano **EVIDA Família** será custeado em regime de preço *"pré-estabelecido",* nos termos da Resolução Normativa nº 543, de 2 de setembro de 2022, da ANS.

Art. 45. Todos os beneficiários vinculados ao plano deverão contribuir para ele, conforme o plano de custeio constante do anexo IV deste regulamento, o qual considerará apenas a faixa etária dos inscritos.

§1º. As contribuições mensais serão cobradas por meio de boleto bancário (a ser disponibilizado eletronicamente e sempre com data de vencimento para o dia 10 de cada mês).

§2º. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos, o beneficiário estará sujeito a juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (calculado *pro rata die*) e à multa de 2% (dois por cento) incidentes sobre o valor do débito atualizado.

§3º. No caso dos agregados, desde que não sejam menores de idade, os valores de contribuição mensal deverão ser pagos exclusivamente por eles, sem recair sobre o titular essa responsabilidade ou as consequências oriundas de possíveis inadimplências.

CAPÍTULO XIII
DO REAJUSTE

Art. 46. Anualmente, será efetuada a avaliação do custeio do plano de saúde **EVIDA Família**, em conjunto com o **EVIDA Melhor Idade** e com o **EVIDA Essencial**.

§1º. A avaliação referida neste artigo poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas previstas neste instrumento ou da forma de custeio prevista no plano de custeio (anexo IV) – inclusive com a aplicação de reajustes técnico-atuariais, que, nesse caso, será divulgado no *site* da **Luminar Saúde**, o que ocorrerá no mesmo mês programado para o reajuste financeiro.

§2º. 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 e/ou VCMH mais recente; 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.

§3º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente regulamento.

§4º. Independente da data de adesão do beneficiário, os valores de contribuições deverão ser reajustados no mês de **novembro** de cada ano – entendendo esta como a data-base.

§5º. 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.

§6º. Qualquer reajuste aplicado à tabela de mensalidades do plano de saúde **EVIDA Família** deverá ser comunicado ao órgão regulador nos termos e nos prazos previstos na legislação vigente à época.

§7º. Caberá ao Conselho Deliberativo da **Luminar Saúde** modificar a forma de custeio do plano bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais e nos eventuais componentes.

CAPÍTULO XIV
DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 47. As mensalidades serão fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, 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 as seguintes condições:

a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá 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 poderão 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.

CAPÍTULO XV
DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 48. O **EVIDA Família** destina-se exclusivamente ao público descrito no anexo I deste regulamento.

§1º. No caso de ex-empregado demitido sem justa causa, o período de manutenção da condição de beneficiário será garantido por prazo indeterminado.

§2º. No caso de aposentado, o período de manutenção da condição de beneficiário será garantido por prazo indeterminado.

§3º. A opção pelo direito de manutenção deverá ocorrer no prazo máximo de 90 dias – a contar da rescisão do contrato de trabalho, seja por demissão sem justa causa ou por aposentadoria, ou do falecimento do titular.

Art. 49. Em caso de óbito do ex-empregado ou do aposentado em exercício do direito de manutenção, será garantida a permanência no plano dos dependentes e dos agregados já inscritos, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

Art. 50. O cancelamento do convênio de adesão celebrado entre a **Luminar Saúde** e determinada instituição será causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula bem como do direito de permanência de dependente/agregado.

§1º. Será assegurado ao beneficiário do plano o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo, desde que observadas todas as regras previstas na Resolução Normativa nº 438 da ANS.

§2º. Além da portabilidade mencionada no parágrafo anterior, deverão ser observadas ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

Art. 51. Por se tratar de entidade de autogestão, não existirá a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicarão as regras da Resolução do CONSU nº 19/1999.

CAPÍTULO XVI
DA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 52. A **Luminar Saúde** poderá excluir os beneficiários nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto Social:

I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;
II. Perda da qualidade de beneficiário, no caso de deixar de atender às condições exigidas para inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos; e
III. Interrupção do pagamento das contribuições e das coparticipações, por prazo superior a 90 (noventa) dias.

Parágrafo Único – A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão de dependente/agregado deverá ser comunicada pelo beneficiário titular à **Luminar Saúde**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, e acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 53. A exclusão do beneficiário titular do plano da **Luminar Saúde** ao qual estiver vinculado não implicará a automática exclusão de seus dependentes/agregados vinculados ao **EVIDA Família**, exceto nos casos previstos neste instrumento.

Art. 54. No caso de exclusão de beneficiário, este terá o direito à cobertura das despesas realizadas até o último dia em que permaneceu nessa condição.

§1º. Quando se tratar especificamente de tratamento odontológico, o beneficiário ficará sujeito à auditoria final dos tratamentos realizados, devendo efetuá-la até o último dia em que permanecer nessa condição.

§2º. As despesas realizadas com beneficiários que tenham perdido tal condição serão reembolsadas desde que a prestação de serviços correspondente, a auditoria final e a solicitação de reembolso tenham ocorrido, no máximo, até o dia anterior à data de perda da referida condição.

Art. 55. Quando da ocorrência da perda da qualidade de beneficiário, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora de saúde ou para outros planos da **Luminar Saúde**, caso existentes e que o admita como elegível, devendo, ainda, serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela Resolução Normativa nº 438 e/ou por alterações emanadas pela ANS posteriormente à referida norma.

Art. 56. Ocorrendo a exclusão de beneficiário, este deverá devolver à **Luminar Saúde** a carteira de identificação.

Art. 57. A exclusão, nos termos tratados neste regulamento, não eximirá 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. 58. São obrigações da **Luminar Saúde:**

I. Assinatura de parcerias de reciprocidade;
II. Desenvolvimento de procedimentos próprios com a finalidade de facilitar a operacionalização do plano;
III. Orientação quanto à interpretação das disposições do plano de saúde, análise de casos especiais e promoção das respectivas soluções; e
IV. Gestão do plano EVIDA Família.

Art. 59. São obrigações do beneficiário:

I. Escolha da modalidade a ser utilizada para o atendimento às suas necessidades cobertas pelo EVIDA Família, arcando com a parte das despesas que lhe for devida para cada caso estabelecido neste regulamento;
II. 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;
III. Zelo na utilização do plano EVIDA Família, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;
IV. Devolução da carteira de identificação na hipótese de exclusão do plano;
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;
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.

Seção II
Das Penalidades

Art. 60. O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeitará o beneficiário às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo Único – Serão considerados faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos beneficiários:

I. Criar embaraços aos exames, às perícias e às auditorias previstos em regulamento;
II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento;
III. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
IV. Falsificar ou adulterar documentos;
V. Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação; e
VI. Usar o plano de saúde para fins não previstos no rol da ANS, como, por exemplo, o estético.

Art. 61. A Luminar Saúde poderá aplicar as penalidades descritas a seguir aos beneficiários, 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 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.

§2º. As penalidades aplicadas serão comunicadas ao beneficiário por notificação escrita.

Art. 62 – No caso de exclusão por inadimplência superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, nos termos previstos no inciso II, o beneficiário que desejar retornar ao plano deverá cumprir todos os períodos de carência contidos no art. 19 deste instrumento.

Seção III
Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 63. Na hipótese de não haver titular vinculado a plano de saúde da Luminar Saúde, um dos dependentes do EVIDA Família assumirá os direitos e as obrigações estabelecidos no presente Regulamento por si e pelos demais do grupo familiar.

Parágrafo Único – No caso de agregado, este já será o próprio responsável financeiro, exceto quando o agregado mantido for menor de idade – hipótese em que o responsável legal por ele assumirá as obrigações perante o EVIDA Família.

Art. 64. 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. 65. Qualquer tolerância não implicará perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 66. A Luminar Saúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 67. Nenhuma responsabilidade caberá a Luminar Saúde por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem dano à saúde do beneficiário, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do beneficiário.

Art. 68. 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. 69. A inadimplência financeira resultará: a) na suspensão do atendimento por parte da rede credenciada, quando houver a inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias; e b) na exclusão do plano de saúde, quando a inadimplência chegar ao 90º (nonagésimo) dia.

§1º. Haverá a possibilidade de execução judicial dos débitos.

§2º. Será admitida a reinclusão do beneficiário após a quitação dos débitos, devendo este se submeter aos prazos regulamentares de carência.

Art. 70. O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado.

Parágrafo Único – As solicitações de inscrição anteriores à vigência do EVIDA Família foram processadas para produzir seus efeitos, inclusive quanto ao pagamento das contribuições, a partir de 1º de agosto de 2013.

Art. 71. Fica eleito o foro de Brasília/DF 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.

ANEXO I
(DA ELEGIBILIDADE)

Art. 1º. Serão elegíveis ao plano de saúde **EVIDA Família** as pessoas naturais enquadradas em uma das hipóteses listadas abaixo.

Seção I
Dos servidores públicos vinculados à ANEEL

Art. 2º. O presente plano de saúde destinar-se-á aos servidores públicos com vínculo ativo com a ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica).

Art. 3º. Serão consideradas *"beneficiários titulares"*, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo produto, as pessoas naturais que se enquadrem no disposto no artigo 2º deste anexo.

Art. 4º. Serão considerados *"beneficiários dependentes"* para efeito do plano de saúde:

I. Cônjuge ou companheiro de união estável (inclusive, o do mesmo gênero);
II. Filho ou enteado solteiro menor de 21 anos de idade não emancipado;
III. Filho ou enteado solteiro entre 21 e 23 anos de idade – desde que universitário, limitando-se à 1ª graduação;
IV. Filho ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho; e
V. Menor sob tutela, observando-se os limites de idade estabelecidos neste instrumento.

Parágrafo Único - Além dos casos citados anteriormente, poderão se inscrever, na condição de dependentes, as pessoas naturais enquadradas nas excepcionalidades descritas no artigo 5º da Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022.

Seção II
Dos empregados da Previnorte

Art. 5º. O presente plano de saúde destinar-se-á às pessoas físicas com vínculo empregatício ativo com a Previnorte.

Art. 6º. Serão consideradas *"beneficiários titulares"*, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo produto, as pessoas naturais que se enquadrem no disposto no artigo 5º deste anexo.

Art. 7º. Serão considerados *"beneficiários dependentes"* para efeito do plano de saúde:

I. Cônjuge ou companheiro de união estável (inclusive, o do mesmo gênero);
II. Filho ou enteado menor de 21 anos de idade e não emancipado;
III. Filho ou enteado entre 21 e 24 anos de idade – desde que esteja cursando nível superior, pós-graduação ou mestrado; e
IV. Menor sob tutela, observando-se os limites de idade estabelecidos neste instrumento.

Seção III
Dos ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa e dos aposentados

Art. 8º. O presente plano de saúde destinar-se-á aos aposentados e aos demitidos/exonerados sem justa causa de patrocinadoras da Luminar Saúde.

Art. 9º. Serão consideradas *"beneficiários titulares"*, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo produto, as pessoas naturais que se enquadrem em uma das seguintes hipóteses:

I. Ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa da ANEEL ou da Previnorte; e
II. Aposentados da ANEEL ou da Previnorte.

Parágrafo Único – Será obrigatória a comprovação de que o ex-empregado demitido/exonerado sem justa causa ou o aposentado tenham participado de uma das patrocinadoras citadas após a celebração do convênio de adesão entre ela e a Luminar Saúde.

Art. 10. Serão considerados *"beneficiários dependentes"* para efeito do plano de saúde:

I. Cônjuge ou companheiro de união estável (inclusive, o do mesmo gênero);
II. Filho ou enteado solteiro menor de 21 anos de idade não emancipado;
III. Filho ou enteado solteiro entre 21 e 23 anos de idade – desde que universitário, limitando-se à 1ª graduação;
IV. Filho ou enteado permanentemente incapacitado para o trabalho; e
V. Menor sob tutela, observando-se os limites de idade estabelecidos neste instrumento.

Seção IV
Dos agregados

Art. 11. O presente plano de saúde destinar-se-á aos familiares (denominados *"agregados"*) dos beneficiários titulares dos planos de saúde EVIDA PPRS, EVIDA Roraima Energia, +VIDA AME, EVIDA Melhor Idade, Luminar *Odonto+*, Luminar *OdontoPlus*, EVIDA Essencial e, inclusive, EVIDA Família, observando-se os vínculos exigidos na legislação pertinente.

Art. 12. Serão considerados *"agregados"*, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo produto, os seguintes familiares:

I. Cônjuge ou companheiro/companheira;
II. Filhos e filhas;
III. Irmãos e irmãs;
IV. Tios e tias;
V. Sobrinhos e sobrinhas;
VI. Netos e netas;
VII. Bisnetos e bisnetas;
VIII. Trinetos e trinetas;
IX. Sobrinhos-netos e sobrinhas-netas;
X. Pai e mãe;
XI. Padrasto e madrasta;
XII. Avôs e avós;
XIII. Bisavôs e bisavós;

XIV. Trisavôs e trisavós;
XV. Tios-avôs e tias-avós;
XVI. Enteados e enteadas;
XVII. Enteados-netos e enteadas-netas;
XVIII. Cunhados e cunhadas;
XIX. Sogro e sogra;
XX. Sogro-avô e sogra-avó;
XXI. Genros e noras; e
XXII. Primos e primas.

§1º. Os parentes por afinidade dos agregados não serão considerados elegíveis para fins deste plano de saúde.

§2º. Os familiares os quais tiverem direito de serem inscritos nos produtos citados no artigo 11 deste anexo serão considerados elegíveis para o **EVIDA Família** quando da perda do vínculo naqueles planos de saúde – se for o caso.

ANEXO II
(DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS)

Relação	Documentos Comprobatórios
Titular	RG e CPF; Comprovante de residência; Comprovante de vínculo; e Comprovante bancário.
Relação de Dependência	**Documentos Comprobatórios**
Cônjuge	Certidão de casamento civil; e RG e CPF.
Companheiro	Certidão de União Estável emitida em cartório e atualizada; e RG e CPF.
Filho (incluído o adotivo) menor de 21 anos	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	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) quando for universitário	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); RG e CPF; e Comprovante de matrícula (semestralmente).
Enteado quando for universitário	Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no plano); RG e CPF; Comprovante de matrícula; e Declaração de IR do titular constando a dependência.
Menor sob guarda em processo de adoção	Decisão judicial comprobatória; Certidação de nascimento com CPF (menores de 10 anos); e RG e CPF.
Filhos ou enteados permanentemente incapacitados para o trabalho	Certidação de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos); Laudo médico; e Declaração de IR do titular constando a dependência.
Relação de Agregados	**Documentos Comprobatórios**
Em todos os casos	RG e CPF; Comprovante de grau de parentesco; Instrumento de adesão assinado pelo titular; Comprovante de residência; e Comprovante bancário.

ANEXO III
(DAS COPARTICIPAÇÕES)

Categoria	Coparticipação	Limitador
Consultas, exames, terapias e procedimentos médico-ambulatoriais.	10%	-
Procedimentos relacionados à quimioterapia, à radioterapia, à hemodiálise e ao imunobiológico	10%	R$ 500,00
Internações	R$ 1.000,00	Valor fixo por internação
Internações psiquiátricas	50%	A partir do 31º dia da internação (a cada ano de contrato)
Odontologia	0%	-

**O serviço de telemedicina bem como os programas assistenciais estarão isentos da cobrança de coparticipação.*

*** A tabela acima passará a vigorar a partir de 1º de novembro de 2025, com exceção da odontologia, cuja regra começará apenas em 1º de dezembro de 2025, prevalecendo, até então, o percentual de 10% (regra antiga).*

ANEXO IV
(DO PLANO DE CUSTEIO)

Art.1º. O presente anexo dispõe sobre os valores de contribuição mensal estabelecidos para o custeio do plano **EVIDA Família.**

Art. 2º. Considerando-se o disposto no regulamento do plano **EVIDA Família,** fica instituído o presente plano de custeio, com as regras e os valores de contribuições mensais a cargo do beneficiário.

Art. 3º. Para participar do plano **EVIDA Família**, o beneficiário contribuirá mensalmente com o custeio do plano de saúde, observando o valor especificado na tabela de preços a seguir demonstrada:

Faixas Etárias	Valor (Ciclo 2024/2025)	Reajuste	Valor (Ciclo 2025/2026)
00-18	R$ 566,52	17,4%	R$ 665,09
19-23	R$ 723,42		R$ 849,30
24-28	R$ 1.025,84		R$ 1.204,34
29-33	R$ 1.358,82		R$ 1.595,25
34-38	R$ 1.523,39		R$ 1.788,46
39-43	R$ 1.645,87		R$ 1.932,25
44-48	R$ 1.783,66		R$ 2.094,02
49-53	R$ 2.093,70		R$ 2.458,00
54-58	R$ 2.304,19		R$ 2.705,12
59-MM	R$ 2.602,73		R$ 3.055,61

Art. 4º. A tabela de mensalidades vigente (Ciclo 2025/2026) vigorará pelo seguinte período: **do dia 1º de novembro de 2025 ao dia 31 de outubro de 2026**.

Art. 5º. O reajuste dos valores constantes da tabela acima será realizado no mês de **novembro** de cada ano, possuindo como parâmetro o estudo anual e atuarial a ser confeccionado pela **Luminar Saúde**.