

REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE LUMINAR ODONTO+

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 **Luminar Odonto+**; está registrado na ANS sob o nº **503.859/25-6**; e possui as seguintes características gerais:

- I. **Tipo de contratação:** Coletivo empresarial
- II. **Segmentações assistenciais:** Odontologia
- III. **Área geográfica de abrangência:** Nacional
- IV. **Área geográfica de atuação:** Em todos os Estados do Brasil
- V. **Formação do preço:** Pós-estabelecido
- VI. **Condições de vínculo:** Ativo e inativo
- VII. **Acesso à livre escolha:** Sim
- VIII. **Cobertura assistencial:** Referência ao rol da ANS

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O plano de saúde **Luminar Odonto+**, 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 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: odontologia.

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. **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.
- III. **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.
- IV. **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.
- V. **Atendimento odontológico ambulatorial:** serviços realizados sem a necessidade de internação hospitalar, observadas as coberturas previstas para o produto.
- VI. **Auditoria ou perícia:** atividade desenvolvida por cirurgião-dentista ou profissional da área de saúde, quando aplicável, destinada à análise e ao controle dos procedimentos odontológicos propostos e/ou realizados, observados a autonomia profissional e os respectivos preceitos éticos.
- VII. **Beneficiário:** pessoa física (titular ou dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.
- VIII. **Carência:** prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
- IX. **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.
- X. **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.
- XI. **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.
- XII. **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.
- XIII. **Dependente com deficiência incapacitante:** beneficiário que tem sua deficiência declarada por médico assistente.
- XIV. **Dependente legal:** pessoa declarada no imposto de renda e/ou reconhecida por meio de sentença judicial ou Instrumento Declaratório Público.
- XV. **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.

- XVI. **Empresa congênere:** operadora de saúde com que a **Luminar Saúde** mantém convênio de reciprocidade/intercâmbio.
- XVII. **Evento:** conjunto de ocorrências ou serviços de assistência odontológica realizado pelo beneficiário do plano no âmbito das coberturas previstas.
- XVIII. **Exames complementares de diagnóstico:** exames auxiliares ou complementares necessários ao diagnóstico do beneficiário, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente e abrangidos pelas coberturas do plano.
- XIX. **Modalidade convênio:** escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam da lista de credenciados.
- XX. **Plano Luminar Odonto+:** produto de assistência à saúde de segmentação exclusivamente odontológica oferecido pela Luminar Saúde, destinado a garantir as coberturas odontológicas previstas neste Regulamento e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS aplicável à segmentação odontológica, observadas as condições e limitações estabelecidas neste instrumento e na legislação vigente.
- XXI. **Reciprocidade/intercâmbio:** 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.
- XXII. **Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS:** relação de procedimentos e eventos de cobertura assistencial obrigatória estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada a segmentação assistencial contratada e, para os fins deste Regulamento, a segmentação exclusivamente odontológica.
- XXIII. **Titulares:** pessoas naturais descritas no anexo I deste regulamento.
- XXIV. **Pacto de convivência:** documento registrado em cartório que comprova a relação entre casais ou parceiros.

CAPÍTULO IV DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

Art. 8º. Para o cadastramento no plano **Luminar Odonto+** (titulares e dependentes), 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.

§1º. A inscrição e a manutenção de dependentes ficam condicionadas à participação de titular.

§2º. Na hipótese de o titular sair do plano por motivo de óbito, os dependentes já inscritos só podem se manter na condição de beneficiários se houver a previsão do benefício de remissão por parte da patrocinadora.

§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 por razão de deficiência grave ou deficiência intelectual/mental, 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.

§6º. O dependente obrigatoriamente 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 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 Das Coberturas Odontológicas

Art. 10. 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 mucocelo, 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 cartilagosos 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-seção; 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. 11. 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 **Luminar Odonto+** 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. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de caráter experimental ou que utilizem técnicas, produtos ou tecnologias não regularizados pelas autoridades competentes, observada a legislação vigente;
- IV. Procedimentos odontológicos realizados exclusivamente com finalidade estética, desde que não se destinem à restauração funcional e não correspondam a procedimentos de cobertura obrigatória ou expressamente contratada;
- V. 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;
- VI. tratamentos ilícitos ou antiéticos sob o aspecto odontológico, assim considerados pelo Conselho Federal de Odontologia ou pelas autoridades competentes;
- VII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VIII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IX. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- X. Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais; e
- XI. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica.

CAPÍTULO VII **DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA**

Art. 12. Entende-se por carência o período ininterrupto contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano durante o qual ainda não é possível ter acesso às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano.

Art. 13. O **Luminar Odonto+** adotará os seguintes prazos regulamentares de carência:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência; e
- b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

Art. 14. Não será exigido o cumprimento dos prazos regulamentares de carência nas seguintes hipóteses:

- I. Adesões feitas até 30 (trinta) dias a contar da data de vigência do plano de saúde (**1º de outubro de 2026**) para as pessoas naturais já elegíveis;
- II. Adesões realizadas até 30 (trinta) dias a contar da data em que as pessoas naturais (tanto para titulares e dependentes) passam a ser elegíveis ao plano; e
- III. Adesões feitas em completa conformidade com as previsões contidas em resolução normativa da ANS vigente a qual verse sobre portabilidade de carências.

§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.

§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 30 (trinta) 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. 15. Exemplificamente, entender-se-ão por data de elegibilidade de dependente direto, 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. 16. Não serão aplicados cobertura parcial temporária (CPT) e/ou agravo no caso de doenças e lesões pré-existent, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento:

- I. ao beneficiário titular, se a adesão ao plano ocorrer até 30 (trinta) dias da data em que passa a ser elegível ao plano; e
- II. ao dependente, se a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que torna elegível para o plano.

Art. 17. 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, nos termos da regulamentação vigente, sem ônus quando realizada por profissional indicado pela Luminar Saúde.

§3º. Caso o beneficiário opte por profissional de sua livre escolha, assumirá os respectivos custos da entrevista qualificada.

§4º. A entrevista qualificada tem por finalidade orientar o beneficiário quanto ao correto preenchimento da Declaração de Saúde, aos seus direitos assistenciais e às consequências decorrentes da omissão de informação acerca de doença ou lesão preexistente de seu conhecimento.

§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. 18. Sendo constatada (por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário) a existência de doença ou lesão preexistente, a **Luminar Saúde** aplicará a cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 19. A cobertura parcial temporária consistirá na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contado da adesão ao plano, da cobertura dos procedimentos abrangidos pela CPT e relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente declarada, limitada às coberturas correspondentes à segmentação exclusivamente odontológica contratada.

Art. 20. Considera-se doença ou lesão preexistente aquela de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano, nos termos da legislação e da regulamentação da ANS.

Art. 21. A **Luminar Saúde** não oferecerá agravo como alternativa à Cobertura Parcial Temporária, quando admitida sua aplicação.

Art. 22. Identificado indício de omissão de informação acerca de doença ou lesão preexistente de conhecimento do beneficiário no momento da adesão, a **Luminar Saúde** observará o procedimento administrativo estabelecido pela ANS.

§ 1º. Caberá à **Luminar Saúde** o ônus de comprovar o conhecimento prévio do beneficiário acerca da doença ou lesão preexistente.

§ 2º. Até a conclusão do processo administrativo pela ANS, não poderá haver negativa de cobertura, suspensão ou exclusão do beneficiário fundada exclusivamente na alegação de doença ou lesão preexistente.

§ 3º. Reconhecida definitivamente pela ANS a existência de omissão de informação caracterizadora de fraude, serão aplicadas as consequências previstas na legislação e na regulamentação vigentes.

Art. 23. Para fins deste regulamento, considera-se data de elegibilidade aquela em que o beneficiário passa a preencher os requisitos para ingresso no plano, tais como a data do casamento para inclusão do cônjuge ou a data do nascimento para inclusão de filho, entre outras hipóteses previstas neste instrumento.

CAPÍTULO IX DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 24. A **Luminar Saúde** garantirá aos beneficiários os atendimentos odontológicos caracterizados como de urgência ou emergência, observadas as coberturas previstas para a segmentação exclusivamente odontológica, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e a regulamentação vigente.

§ 1º. Considera-se atendimento odontológico de urgência aquele destinado ao tratamento imediato de condição odontológica que demande intervenção profissional sem possibilidade de adiamento, inclusive nos casos decorrentes de traumatismo dentário ou de estruturas relacionadas.

§ 2º. Considera-se atendimento odontológico de emergência aquele destinado à assistência imediata de condição odontológica que apresente risco de agravamento relevante ou comprometimento da saúde do beneficiário, conforme avaliação do cirurgião-dentista assistente.

Art. 25. Os atendimentos odontológicos de urgência e emergência serão garantidos após o prazo máximo de carência previsto na legislação e na regulamentação vigentes, observadas as condições de cobertura do plano.

Art. 26. Quando, por imperativo clínico, procedimento odontológico coberto necessitar ser realizado em ambiente hospitalar, a cobertura do plano **Luminar Odonto+** limitar-se-á aos honorários do cirurgião-dentista e aos materiais exclusivamente odontológicos relacionados ao procedimento coberto, observada a regulamentação da ANS.

Parágrafo único – As despesas relativas à estrutura hospitalar, internação, acomodação, equipamentos, medicamentos e demais recursos de natureza médico-hospitalar não integram a cobertura do plano **Luminar Odonto+**, salvo quando houver previsão legal, regulamentar ou contratual expressa em sentido diverso.

CAPÍTULO X DO REEMBOLSO

Art. 27. Será assegurado o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência odontológica coberta pelo plano.

§1º. O *caput* se refere aos casos de indisponibilidade e de inexistência de rede credenciada e aos casos de acesso à livre escolha de prestador não integrante da rede assistencial.

§2º. 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.

§3º. Os recibos, as notas fiscais e os cupons fiscais deverão ser apresentados em suas vias originais; e qualquer documentação emitida em idioma que não seja o português deverá ser acompanhada de tradução juramentada.

§4º. Os beneficiários terão o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do documento fiscal.

§5º. O reembolso das despesas pagas diretamente pelo beneficiário ao prestador, em qualquer caso, somente será efetuado quando estiver relacionado às coberturas e aos procedimentos garantidos por este regulamento, observando-se também as áreas geográficas de abrangência e de atuação.

§6º. 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.

§ 7º. No caso de livre escolha de prestadores não integrante da rede assistencial, o valor do reembolso será apurado de acordo com os critérios e limites expressamente estabelecidos na tabela da operadora de saúde.

§ 8º. 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.

Art. 28. Os casos de indisponibilidade e de inexistência de rede deverão ser direcionados pelo beneficiário à **Luminar Saúde**, a qual estará incumbida de realizar todas as avaliações necessárias.

CAPÍTULO XI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Carteira de Identificação

Art. 29. A **Luminar Saúde** fornecerá aos beneficiários a carteira de identificação eletrônica, 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**.

§2º. Quando da utilização dos serviços, 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. 30. A **Luminar Saúde** disponibilizará duas modalidades para utilização do **Luminar Odonto+**: credenciamento e livre escolha, ficando a escolha a critério do beneficiário.

Art. 31. 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 odontológico deverá apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

Art. 32. O atendimento aos beneficiários será prestado por meio de rede contratada ou conveniada pela operadora de saúde para esse fim.

§1º. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos odontológico 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 e no aplicativo. 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.

Seção III Da Autorização Prévia

Art. 33. Necessitarão de autorização prévia todos os procedimentos odontológicos, cabendo ao prestador de serviços assistenciais solicitar a referida autorização à **Luminar Saúde**, mediante o portal do prestador.

§1º. Quando necessária a utilização de materiais especiais, próteses ou outros produtos vinculados ao procedimento odontológico, poderão ser exigidos relatório e justificativa técnica emitidos pelo cirurgião-dentista assistente, bem como as demais informações necessárias à análise da solicitação.

§ 2º. A indicação de materiais, produtos ou marcas deverá observar a regulamentação vigente e as especificações técnicas necessárias à adequada realização do procedimento odontológico.

§ 3º. Os atendimentos odontológicos de urgência e emergência observarão as regras específicas previstas neste regulamento e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não podendo a exigência de autorização prévia impedir ou retardar atendimento cuja realização imediata seja necessária.

§ 4º. A **Luminar Saúde** poderá realizar auditoria ou perícia odontológica, quando necessária à análise da solicitação, por profissional legalmente habilitado, observados os princípios éticos e a autonomia profissional.

§ 5º. Em caso de divergência técnico-assistencial entre o cirurgião-dentista assistente e a Luminar Saúde quanto à autorização do procedimento, será assegurada a instauração de junta odontológica, quando cabível, na forma estabelecida pela regulamentação vigente.

§ 6º. Para a análise da autorização prévia, a Luminar Saúde poderá solicitar ao cirurgião-dentista assistente relatório clínico, exames complementares, imagens, laudos, plano de tratamento e outras informações estritamente necessárias à avaliação do procedimento solicitado.

§ 7º. Sempre que necessário à adequada análise da solicitação, a Luminar Saúde poderá requerer informações complementares a cirurgiões-dentistas, clínicas odontológicas, serviços de diagnóstico e demais prestadores que tenham participado da assistência ao beneficiário, observadas as normas relativas ao sigilo profissional e à proteção de dados pessoais.

§ 8º. A **Luminar Saúde** deverá assegurar resposta às solicitações de autorização prévia nos prazos estabelecidos pela legislação e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, contados a partir do recebimento da documentação necessária à análise do pedido.

§ 9º. A autorização concedida pela **Luminar Saúde** limitar-se-á aos procedimentos e às coberturas previstas neste regulamento, observadas as condições do plano e a regulamentação vigente.

Seção IV Das Coparticipações

Art. 34. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário quando utiliza os serviços cobertos pelo plano, a qual será definida em percentual.

§1º. Aplicar-se-á o percentual de 15% (quinze por cento) de coparticipação sobre os serviços cobertos pelo plano de saúde **Luminar Odonto+**.

§2º. Para todos os serviços do plano de saúde, a **Luminar Saúde** utilizará guias padronizadas pela ANS.

§3º. Os valores devidos pelos beneficiários a título de coparticipação serão cobrados à medida que as contas forem sendo processadas e poderão ser descontados em folha de pagamento.

§4º. Todos os beneficiários do plano estarão submetidos às regras de cobrança de coparticipação, ressalvadas as hipóteses de isenção expressamente previstas no instrumento contratual ou formalmente estabelecidas pela patrocinadora, desde que compatíveis com as condições do produto e com a regulamentação vigente.

§5º. Os valores de coparticipação deverão ser pagos pelo beneficiário titular em relação a si e aos seus dependentes.

CAPÍTULO XII DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DA AUSÊNCIA DE MENSALIDADE

Art. 35. O plano **Luminar Odonto+** será custeado em regime de preço “*pós-estabelecido*”, nos termos da Resolução Normativa nº 543, de 2 de setembro de 2022, da ANS.

Art. 36. Não haverá, para o plano de saúde **Luminar Odonto+**, a presença de mensalidade; e a participação financeira dos beneficiários observará as regras de coparticipação estabelecidas neste regulamento e nos demais instrumentos contratuais aplicáveis.

CAPÍTULO XIII DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 37. O **Luminar Odonto+** destina-se exclusivamente ao público descrito no anexo I deste regulamento.

Parágrafo Único - Não haverá, para o plano de saúde **Luminar Odonto+**, o direito à manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

CAPÍTULO XIV DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 38. 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 titular; e
- III. Perda da qualidade de dependente, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente.

§1º. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do dependente deverá ser comunicada pelo beneficiário titular 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. Decisão administrativa ou decisão judicial;

- III. Opção voluntária;
- IV. Admissão do titular em novo emprego, nos termos da regulamentação; e
- V. Outras situações previstas em lei.

Art. 39. A exclusão do beneficiário titular implicará a automática exclusão de todos os dependentes.

Art. 40. 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. As despesas referentes à participação do beneficiário no plano de saúde deverão ser quitadas até o último dia em que permanecer nessa condição.

§2º. As despesas realizadas com dependentes que tenham perdido tal condição serão cobertas desde que a prestação de serviços correspondentes tenha ocorrido, no máximo, até o dia anterior à data de perda da referida condição.

Art. 41. Quando da ocorrência da perda da qualidade de dependente, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora de saúde ou (se elegível) para outro plano da **Luminar Saúde**, devendo, para tanto, serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela Resolução Normativa nº 438 e/ou por alterações emanadas pela ANS posteriormente à referida norma.

Art. 42. Ocorrendo a exclusão de beneficiário, este deverá devolver à **Luminar Saúde** a carteira de identificação, se for o caso.

Art. 43. A exclusão, nos termos tratados neste regulamento, não eximirá o beneficiário da obrigação de quitar eventuais débitos financeiros.

CAPÍTULO XV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Das Obrigações

Art. 44. 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 **Luminar Odonto+**.

Art. 45. São obrigações do beneficiário titular:

- I. Comunicação imediata à **Luminar Saúde** da perda da carteira de identificação para uso do plano, responsabilizando-se pelas despesas decorrentes de eventual uso indevido;
- II. Zelo na utilização do plano **Luminar Odonto+**, 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 **Luminar Odonto+**;

- 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 odontológica;
- VI. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e solicitações emitidas por cirurgião-dentista, 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 odontológica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento ou reembolso, ressalvado, porém, que o plano terá somente cobertura dentro da área geográfica de abrangência e atuação;
- 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 das obrigações financeiras que lhe forem cabíveis.

Seção II Das Penalidades

Art. 46. 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 (titulares e dependentes):

- I. Criar embaraços aos exames, às perícias e às auditorias odontológicas;
- II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento;
- III. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes com deficiência;
- IV. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
- V. Falsificar ou adulterar documentos;
- VI. Praticar outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação; e
- VII. Usar o plano de saúde para fins não previstos no rol da ANS, como, por exemplo, o estético.

Art. 47. 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, quando cabível; e
- III. Exclusão, quando cabível.

§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.

Art. 48. Na hipótese de inadimplência do beneficiário em relação aos valores devidos ao plano, poderão também aplicadas as seguintes penalidades:

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

§1º. 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 neste instrumento.

§2º. Haverá a possibilidade de execução judicial dos débitos.

§3º. Será admitida a reinclusão do beneficiário após a quitação dos débitos, devendo este se submeter aos prazos regulamentares de carência.

Seção III Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 49. 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. 50. Qualquer tolerância não implicará perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 51. A **Luminar Saúde** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 52. 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. 53. O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado.

Art. 54. 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 **Luminar Odonto+** as pessoas naturais enquadradas em uma das hipóteses listadas abaixo.

Seção I Dos administradores e dos empregados da AXIA Energia

Art. 2º. O presente plano de saúde destinar-se-á aos administradores e aos empregados das empresas abaixo listadas e vinculadas à **AXIA Energia**:

- I. AXIA Energia Norte;
- II. AXIA Energia Nordeste;
- III. AXIA Energia Sul;
- IV. AXIA Energia UHE Santo Antônio;
- V. AXIA Energia UHE Teles Pires;
- VI. AXIA Energia Vale do São Bartolomeu; e
- VII. Triângulo Mineiro Transmissora.

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 em união estável – inclusive o do mesmo gênero;
- II. Filhos (naturais ou adotivos) e enteados menores de vinte e um anos – quando solteiros;
- III. Filhos (naturais ou adotivos) e enteados menores de vinte e quatro anos – quando solteiros universitários (nível superior ou equivalente);
- IV. Filhos (naturais ou adotivos) e enteados independentemente da idade – quando solteiros incapacitados de forma permanente para o trabalho;
- V. Menores sob tutela; e
- VI. Genitores informados pelas patrocinadoras apenas no início da vigência do produto.

Seção II Dos administradores e dos empregados da Associação de Apoio *Renovatio*

Art. 5º. O presente plano de saúde destinar-se-á aos administradores e aos empregados da **Associação de Apoio *Renovatio***.

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 (natural ou adotivo) ou enteado menor de 21 anos de idade – desde que solteiro e não emancipado;
- III. Filho (natural ou adotivo) ou enteado menor de 24 anos de idade – desde que solteiro e universitário; e
- IV. Menor sob tutela.

ANEXO II
(DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS)

Relação	Documentos Comprobatórios
Titular	RG e CPF; Comprovante de residência; e Comprovante de vínculo.
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); Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); e RG e CPF.
Enteado menor de 21 anos	Certidão 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 (semestralmente); e Declaração de IR do titular constando a dependência.
Menor sob tutela ou curatela	Decisão judicial comprobatória; Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); e RG e CPF.
Filhos ou enteados permanentemente incapacitados para o trabalho	Certidão 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.