

FÁCIL

INDIVIDUAL/FAMILIAR

CONDIÇÕES GERAIS

The logo features a stylized orange arc above the word "Leve".
Leve saúde

levesaude.com.br

LEVE SAÚDE

Fácil
Ambulatorial
Individual / Familiar

2ª Edição – Maio.2024

ANS - nº 42233-9

Sumário

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO	8
2. TIPO DE CONTRATAÇÃO	8
3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS	8
4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	9
5. ÁREA DE ATUAÇÃO	9
6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	9
7. FORMAÇÃO DE PREÇO	9
8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	9
9. MUDANÇA DE PLANO	11
10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	11
11. EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	14
12. DURAÇÃO DO CONTRATO	16
13. PRAZOS DE CARÊNCIA	16
14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	18
15. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	19
16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	21
17. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	27
18. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.....	29
19. REAJUSTE PERIÓDICO	29
20. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	30
21. RESCISÃO	30
22. DISPOSIÇÕES GERAIS	31
23. ELEIÇÃO DE FORO	33

GLOSSÁRIO

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

Acidente Pessoal

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

Agravo

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

Aniversário

É a data em que o contrato completa cada ano de vigência. Corresponde ao mês em que o contrato foi celebrado.

Assinatura Eletrônica

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

Beneficiário

É a pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos definidos em contrato assinado com a operadora de assistência à saúde para garantia da assistência médica.

Beneficiário Titular

É a pessoa física cuja proposta de adesão contratual foi aceita pelo Contratado.

Beneficiário Dependente

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

Carência

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

Cobertura Assistencial

É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) organizada por segmentação a que o

consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.

Cobertura Parcial Temporária

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

Complicações na Gestação

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

Condições Gerais

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

Consulta Médica Psiquiátrica

Atendimento médico eletivo realizado por profissional médico especializado em psiquiatria.

Contrato

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

Contrato assinado eletronicamente

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

Contratação Eletrônica

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

Contratado

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

Doença

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

Doença Aguda

Doença de surgimento súbito, passível de reversão com tratamento.

Doença Congênita

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

Doença Crônica

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

Doença ou Lesão Preexistente

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

Emergência

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

Emergência Psiquiátrica

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

Entrevista Qualificada

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

Evento

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

Evento Coberto

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

Internação Hospitalar

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

Internação Psiquiátrica

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

Internação Psiquiátrica por Dependência Química

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

Leito de Alta Tecnologia

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

Limitações de Cobertura

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

Médico Orientador

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

Mensalidade

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

Plano Familiar

Plano que tem a participação do Beneficiário Titular, como pessoa física, e de pelo menos um Beneficiário Dependente.

Plano Individual

Plano que tem apenas participação do Beneficiário Titular, como pessoa física.

Procedimento

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

Procedimento de Alta Complexidade

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

Procedimento Estético

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

Programas Especiais de Atendimento

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

Pronto Atendimento Hospitalar

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

Proposta de Adesão Contratual

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

Rede Credenciada

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

SADT

Serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento.

Segmentação Assistencial

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

Tabela de Serviços do Contratado

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

Urgência

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

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA INDIVIDUAL

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

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

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

2. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Produto Individual/Familiar de Assistência à Saúde Suplementar

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

Fácil - Individual e Familiar – número: 498.825/24-6

4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

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

5. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação deste contrato se limita aos municípios do Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, São Gonçalo e São João de Meriti.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

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

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

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

7. FORMAÇÃO DE PREÇO

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

8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1. São considerados beneficiários deste contrato o Beneficiário Titular e seus Dependentes, indicados na proposta de adesão, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular.

8.1.1 O Beneficiário Titular é o contratante do plano.

8.1.2 Os Beneficiários Dependentes são:

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

8.2. A solicitação de inclusão como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada para o cônjuge e/ou companheiro de Certidão de Casamento e ou comprovante de união estável e para os filho(s) natural(is), adotivo(s), os reconhecidos judicialmente ou extrajudicialmente, e os tutelados ou sob guarda, da Certidão de Nascimento e da

cópia autenticada do reconhecimento judicial ou extrajudicial ou Termo de Adoção ou Termo de Tutela ou Termo de Guarda, conforme o caso. A solicitação de inclusão de enteado como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de Certidão de Nascimento que comprove a filiação de um dos cônjuges ou companheiros.

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

8.4. O menor de 18 (dezoito) anos somente será aceito como Beneficiário Titular quando tiver um responsável maior que assuma o ônus da contratação, não sendo exigido que este esteja incluído no contrato na condição de Dependente.

8.5. O Beneficiário passará à condição de Contratante tão logo se verifique, por parte do Contratado, o pagamento da primeira mensalidade que se dará ao final do processo de contratação, após o correto preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração de Saúde, além do encaminhamento de toda documentação, inclusive a de seus Dependentes.

8.5.1. Ao Beneficiário Titular ou seu representante legal é atribuído o ônus pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando do preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas.

8.5.2. Havendo necessidade de agendamento de entrevista qualificada ou perícia, essas deverão ser agendadas junto ao Contratado e obrigatoriamente realizadas antes de finalizado o processo de contratação.

8.5.2.1. O não comparecimento à entrevista qualificada ou perícia agendada, dará ao Contratado o direito de suspender o processo de inclusão no plano.

8.5.3. O Contratado poderá exigir cópias de documentos que comprovem as informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência) e condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

8.5.3.1. A falta de entrega de qualquer documento solicitado pelo Contratado dará a esta o direito de suspender o processo de inclusão no plano.

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

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

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

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

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

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

9. MUDANÇA DE PLANO

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

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

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

10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

10.2. A cobertura ambulatorial compreende:

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

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

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

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

10.4. O presente Contrato garante, ainda:

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

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

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

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

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

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

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1. O período de vigência deste contrato será de 12 (doze) meses, com início na data do pagamento da primeira mensalidade, que será disponibilizada ao final processo de contratação, após a assinatura eletrônica do Contrato pelo Contratante.

12.2. Este contrato terá renovação automática, após o período inicial de 12 (doze) meses de vigência, por prazo indeterminado.

12.3. Não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato de renovação. Fica vedada a recontagem de carência.

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

12.4.1. A rescisão sem ônus durante o prazo de arrependimento está condicionada a não utilização do plano pelo Contratante e seus dependentes inscritos. Caso ocorra qualquer utilização, a Operadora poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados.

13. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

13.1.1. Para cada beneficiário, o prazo de carência será contado a partir da sua respectiva data de adesão ao plano.

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

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

<p>180 Dias</p>	<p>Atendimento a emergências psiquiátricas provocadas pelo alcoolismo ou outras formas de dependência química, Colocação de DIU, Biopsia e punção, Implante de anel intraestromal, Oxigenoterapia hiperbárica, Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, Tratamento de hiperatividade vesical, Terapia imunobiológica endovenosa ambulatorial (com diretriz de utilização), Além de todos os outros procedimentos clínicos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.</p>	<p>Anatomopatologia e citopatologia, Angiografia, Angiotomografia coronariana, C4D fragmento Densitometria óssea, Ecocardiografia, Eletroencefalograma , Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, Estudos hemodinâmicos, Exames com doppler, Exames genéticos, Exames oftalmológico, Exames otorrinolaringológico , Radiologia contrastada, Ressonância Magnética, Teste de função pulmonar, Tococardiografia, Tomografia computadorizada, Ultrassonografia em geral, Ultrassonografia obstétrica, Urodinâmica, Tomografia de coerência óptica em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Além de todos os outros exames complementares previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.</p>	<p>Fisioterapia, Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e acupuntura. Termoterapia transpupilar a laser, laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, Diálise, Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia. Além de todos os outros Serviços auxiliares previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.</p>	<p>Consultas Psiquiátricas.</p>
------------------------	---	---	---	---------------------------------

14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

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

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

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

14.4. A entrevista tem o objetivo principal de orientar o Beneficiário Titular sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, em que são declaradas as doenças ou lesões de que o Beneficiário Titular ou seu(s) Dependente(s) ou seu representante legal, saibam ser portadores ou sofredores no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. O médico escolhido para a entrevista qualificada atuará como orientador, e esclarecerá sobre o preenchimento do formulário, todas as questões pertinentes às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências de sua omissão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. Identificação do Beneficiário

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

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

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

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

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

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

16.2. Documentação Contratual

16.2.1. São considerados como documentos do plano contratado neste Contrato, a Proposta de Adesão, a Declaração de Saúde, o Cartão de Identificação de Beneficiário, o Guia do Usuário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, os termos aditivos e eventuais relatórios médicos, periciais ou não.

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

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

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

16.3. Prioridades no Atendimento

Pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos serão privilegiadas na marcação de consultas, exames e quaisquer

outros procedimentos, com prioridade para casos de urgência ou emergência, conforme inciso II do artigo 18 da Lei nº 9.656/98, cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

16.4. Autorização Prévia

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

- Procedimentos eletivos;
- Procedimentos solicitados por médico não credenciado;
- Litotripsia mecânica;
- Punções e biopsia;
- Provas e testes alérgicos;
- Teste ergométrico;
- Eletrocardiografia dinâmica;
- Ecocardiografia;
- Exame anatomopatológico e citopatológico;
- Eletroencefalografia, neurofisiologia e eletromiografia;
- Endoscopia diagnóstica ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário;
- Fisioterapia;
- Exames citogenéticos;
- Transfusão sanguínea eletiva;
- Pesquisa de HIV;
- Dosagens hormonais;
- Provas ventilatórias;
- Quimioterapia ou radioterapia;
- Exames e tratamentos de medicina nuclear e por radioimunoensaio;
- Radiodiagnóstico contrastado;
- Radiologia intervencionista;
- Ultrassonografia;
- Densitometria óssea;
- Tomografias computadorizadas;
- Exames de ressonância nuclear magnética;
- Exames de ecodoppler;
- Exames e procedimentos oftalmológicos eletivos;
- Exames e procedimentos otorrinolaringológicos eletivos;
- Exames e procedimentos urológicos eletivos;
- Exames e procedimentos ginecológicos eletivos;
- Hemodiálise ou diálise peritoneal.

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

16.4.2.1. Não se confunde com autorização prévia a identificação pessoal do Beneficiário promovida pelo prestador no momento do atendimento, seja por meio

eletrônico (como biometria) e/ou físico (por meio de assinatura), que será realizada em qualquer caso de atendimento, inclusive nas urgências/emergências.

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

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

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

- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico, sedação ou anestesia, desde que eletivos: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- Exames e procedimentos eletivos: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- Transfusão sanguínea eletiva: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de hemograma.
- Biopsia: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de exame.
- Quimioterapia ou radioterapia: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, laudo de histopatológico. Nos casos de radioterapia, será necessário também o plano terapêutico.
- Hemodiálise ou diálise peritoneal: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e laudo de exame.

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

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

16.5. Rede de Atendimento

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

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

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

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

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

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

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

16.6. Auditoria e Perícia Médicas

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

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

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

16.6.4. O Contratado, por meio do serviço de auditoria médica, poderá pedir informações complementares ao médico assistente do Beneficiário, caso seja

constatada inexatidão ou omissão nas declarações ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços e Procedimentos.

16.7. Divergências de Natureza Médica

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

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

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

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

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

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

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

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

tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

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

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

17. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

17.1. Este contrato trata de plano de assistência à saúde no sistema de pagamento preestabelecido, em que o cálculo do valor da mensalidade é efetuado pelo Contratado antes da utilização das coberturas.

17.2. A mensalidade que o Beneficiário Titular pagará ao Contratado, decorrente deste contrato, serão devidas por si e pelos demais Beneficiários Dependentes, inscritos neste contrato, cujo valores, nesta data, corresponde ao indicado na proposta de adesão, respectiva, respeitadas as faixas etárias dos Beneficiários inscritos.

17.3. O vencimento da mensalidade se dará a cada 30 (trinta) dias.

17.3.1. A alteração da data de vencimento da mensalidade gerará pro rata, referente à diferença de dias faltantes.

17.4. A mensalidade será cobrada de forma integral, independentemente do dia em que o Beneficiário e/ou Dependente forem incluídos ou excluídos.

17.5. O não recebimento do boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga o Beneficiário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal, sob pena de arcar com os encargos previstos contratualmente.

17.5.1. Constatado o atraso na entrega do boleto de pagamento, não recebido até 48h (quarenta e oito horas) antes do respectivo vencimento, competirá ao Beneficiário contatar o Contratado e solicitar o encaminhamento de 2ª via do documento, para o pagamento dentro do prazo.

17.6. O pagamento antecipado das mensalidades não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária fixados no contrato.

17.7. As mensalidades deste contrato poderão ser pagas por:

- Boleto bancário, na rede bancária;
- Débito em conta corrente;
- Débito em cartão de crédito.

17.8. O Beneficiário fica ciente de que o Contratado não possui cobradores domiciliares. Todos os pagamentos serão sempre efetuados na rede bancária ou nas lojas de atendimento do Contratado, nos endereços divulgados no sítio eletrônico www.levesaude.com.br.

17.9. Corretores e vendedores não estão autorizados a ajustar com os Beneficiários qualquer modificação nas condições deste contrato ou a receber valores relativos ao trabalho de intermediação da venda. Em caso de dúvida, contate imediatamente o setor de atendimento do Contratado.

17.10. O não pagamento da mensalidade, na forma estipulada nesta cláusula acarretará para o Beneficiário ou seu representante legal, além das sanções previstas neste contrato, a incidência de juros moratórios de 1% (um por cento) e multa de 2% (dois por cento) ao mês, sobre o valor do débito.

17.11. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

17.12. Pagamentos efetuados não quitam débitos relativos as mensalidades anteriores, exceto se declarado expressamente pelo Contratado.

17.13. Fica resguardado o direito ao Contratado que ao ser identificado erro de cálculo no valor da mensalidade, notificar imediatamente o Beneficiário, a fim de que seja emitido novo boleto, com o demonstrativo da incorreção.

17.14. Não poderá haver distinção quanto aos valores da mensalidade entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos e aqueles já vinculados ao mesmo plano.

17.15. Ao Contratado é garantido o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor das mensalidades não pagas pelo Beneficiário, a contar da data do inadimplemento. O Contratado se reserva, ainda, o direito de promover a cobrança dos pagamentos em atraso, através de bancos e pelos meios legais cabíveis, inclusive inscrição em órgãos de proteção ao crédito, sejam esses valores equivalentes a quaisquer débitos não quitados, conforme obrigações previstas neste contrato.

17.16. A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera o Beneficiário Titular e seu(s) Dependente(s) do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

18. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Caso haja alteração de faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito neste contrato, a mensalidade será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos na tabela a seguir, que se acrescentarão ao valor da última mensalidade, observadas as condições previstas nos incisos I, II e III do art. 3º da RN nº 63/2003.

Faixa Etária (anos)	Reajuste (%)
Até 18	–
19 a 23	0%
24 a 28	0%
29 a 33	20,00%
34 a 38	10,00%
39 a 43	12,00%
44 a 48	25,00%
49 a 53	15,00%
54 a 58	15,00%
59 ou mais	35,00%

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

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

19. REAJUSTE PERIÓDICO

Enquanto vigente a competência da ANS para determinar o percentual máximo de reajuste anual, as mensalidades e eventuais outros valores devidos ao plano, serão reajustadas, anualmente, pelos índices autorizados por ela, na forma da legislação que regula a matéria.

19.1. Na falta de legislação específica que disponha sobre a forma de reajuste, a mensalidade e eventuais outros valores devidos ao plano, serão reajustados, na periodicidade legal, pela variação do Índice IPCA-IBGE.

19.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, a aplicação será imediata.

20. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

20.1. O Beneficiário Titular ou seu representante legal poderá solicitar sua exclusão, ou de qualquer de seus Dependentes, a qualquer tempo.

20.2. O Contratado poderá excluir ou suspender, livre de ônus e a qualquer tempo, sem prejuízo de eventual cobrança por perdas e danos, quando for o caso, o Beneficiário que se enquadre em qualquer dos seguintes casos:

- Quando, por qualquer motivo, deixar o dependente de atender às condições exigidas para sua inscrição ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- Infração contratual ou fraude ao contrato ou ao sistema, mesmo que praticada por Beneficiário Dependente;
- Fraude na Declaração de Saúde, comprovada em processo administrativo na ANS, conforme determinado nas resoluções normativas;
- A extinção da adoção, guarda ou tutela confere ao Contratado o direito de excluir o Beneficiário Dependente.

20.3. A extinção do vínculo do Beneficiário Titular com o Contratado não extingue o contrato, sendo assegurado aos Dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes do contrato, mediante celebração de termo específico, inclusive com a indicação de um Beneficiário que será o responsável pelo pagamento da mensalidade. Entretanto, este dispositivo não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade, segundo o inciso II do § único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

20.4. A perda do direito ao atendimento dar-se-á no último dia da cobertura já paga pelo Beneficiário. O ônus decorrente do prosseguimento do atendimento após essa data será de responsabilidade única do Beneficiário.

20.5. Caso ocorra a perda de qualidade de Beneficiário Titular ou de qualquer Dependente, o Beneficiário Titular obriga-se a devolver seu Cartão de Identificação e/ou os dos seus Dependentes, qualquer que seja o motivo da perda.

21. RESCISÃO

21.1. Este contrato poderá ser suspenso e/ou rescindido, sem prejuízo da quitação dos demais valores vencidos referente às despesas médicas realizadas no período de inadimplência, caso ocorra atraso de pagamento das mensalidades por um período de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que notificado o Beneficiário até os 50 (cinquenta) dias de inadimplência.

21.2. O pagamento de parcelas posteriores não quita débitos anteriores.

21.3. O Contratado não é obrigado a aceitar o pagamento do débito após 60 (sessenta) dias de atraso e ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias contados do recebimento da notificação da inadimplência, e poderá rescindir o contrato conforme regra disposta no item 21.1.

21.4. Caso o Beneficiário queira rescindir o contrato ou ocorra atraso de pagamento das mensalidades por um período de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, antes de completada a vigência inicial de 1 (um) ano, pagará multa correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar a vigência inicial.

21.5. Rescinde-se ainda o contrato, por extinção, independente do prazo de vigência ou de notificação judicial ou extrajudicial, caso haja:

- Prática de fraude por parte do Beneficiário contra o Contratado; ou
- Seja exercida a portabilidade de carências, conforme as regras estabelecidas pela RN nº438/2018 e pela IN nº 19/2009;
- Morte do Beneficiário Titular, sem que haja manifestação expressa do(s) Dependente(s) quanto ao interesse de permanecer(em) no plano.

21.6. Após a vigência mínima de 12 (doze) meses, a rescisão contratual, por iniciativa do Contratante, poderá se dar a qualquer tempo, mediante solicitação encaminhada ao Contratado, respeitando-se as exigências normativas.

21.7 Não haverá restituição do valor pago pelo Beneficiário para fazer jus às coberturas definidas neste instrumento, salvo nos casos expressamente definidos na regulamentação em vigor.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. No caso de rescisão contratual por fraude ou inadimplência, a responsabilidade do Contratado quanto aos atendimentos, iniciados ou não, cessa no primeiro dia subsequente ao décimo dia contado do recebimento da notificação de inadimplência ou do sexagésimo dia de inadimplência, o que ocorrer por último ou, imediatamente, quando constatada fraude ou prática de ato ilícito. A partir da rescisão, todas as despesas correrão por conta do Beneficiário.

22.2. O Beneficiário, familiar, acompanhante ou representante legal que danificar instalações, causar ônus ou prejuízos ao Contratado ou a sua rede credenciada arcará com todas as despesas necessárias para a reparação dos danos causados.

22.3. O Contratado compromete-se a dar integral ciência ao Beneficiário dos termos, limitações, condições e exclusões deste contrato.

22.4. Encontram-se à disposição dos Beneficiários todas as tabelas e documentos citados neste contrato.

22.5. O Beneficiário Titular será solidariamente responsável pelos atos praticados pelos Dependentes incluídos neste contrato.

22.6. As resoluções que, juntamente com a Lei nº 9.656/1998, regulam e complementam este contrato são as expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pelo Conselho Nacional de Saúde Complementar (CONSU), e podem ser obtidas no site www.ans.gov.br ou na Av. Augusto Severo, 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro, RJ.

22.7. Este instrumento foi assinado eletronicamente pelas partes. A sua reprodução digitalizada faz a mesma prova do original, se aplicando a todos os fins de direito, nos termos da regulamentação em vigor.

22.8. O Contratante declara:

- a) que foi informado de que a vigência do plano está condicionada ao efetivo pagamento da primeira mensalidade e demais valores eventualmente devidos ao plano, cuja disponibilidade de pagamento ocorrerá no fim do processo para essa contratação.
- b) que, antes da assinatura desse Instrumento, foi informado no sentido de que, toda vez em que foi solicitada a assinatura eletrônica em qualquer documento durante essa contratação, aplicando-a, significa que assinou o respectivo documento.
- c) que foi informado que o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como, as informações mínimas acerca dos tipos de contratação e o Guia de Leitura Contratual – GLC, estão à sua disposição para download e impressão, assim como todos os documentos que compõem essa contratação.
- d) que foi disponibilizada a íntegra deste contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirma, apondo assinatura no presente.

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

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

23. ELEIÇÃO DE FORO

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

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

_____, ____ de _____ de _____.

LEVE SAÚDE SA

CONTRATANTE