INDIVIDUAL
CONDIÇÕES GERAIS

Leve saúde

levesaude.com.br

LEVE SAÚDE

Leve Personal

Individual /Familiar

Quarto Coletivo COM Coparticipação

1ª Edição – Fev.2025

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 8
5. ÁREA DE ATUAÇÃO 9
6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE 9
7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO 9
8. FORMAÇÃO DE PREÇO 9
9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 9
10. MUDANÇA DE PLANO 11
11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 11
12. EXCLUSÕES DE COBERTURA 16
13. DURAÇÃO DO CONTRATO 18
14. PRAZOS DE CARÊNCIA 19
15. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 21
16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 23
17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO 25
18. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 32
19. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA 34
20. REAJUSTE PERIÓDICO 35
21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 35
22. RESCISÃO 36
23. DISPOSIÇÕES GERAIS 37
24. ELEIÇÃO DE FORO 39

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 médico-hospitalar.

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 possuí 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.

Cirurgia Plástica Reparadora

Cirurgia efetuada para a reconstituição da função de algum órgão ou membro afetado.

Cirurgia Eletiva
É o procedimento cirúrgico constante do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a ser realizado em data de escolha do Beneficiário ou de seu médico, desde que a referida data não comprometa a eficácia do tratamento.

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, hospitalares e obstétricas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

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

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

Doença Aguda
Doença de surgimento súbito, passível de reversão com tratamento.

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

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

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

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

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

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

Internação Psiquiátrica
Internação hospitalar ou 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 E HOSPITALAR INDIVIDUAL

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, como **Contratado**, o **LEVE Saúde SA.**, também conhecido como **LEVE Saúde**, operadora de planos de assistência à saúde, classificada como sociedade de medicina de grupo e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 422339, com sede na Rua Victor Civitta 77 b1 4º andar, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.540-106, 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 e hospitalar, na forma das cláusulas e condições a seguir:

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato de cobertura de custos médicos e hospitalares 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 médico-hospitalares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS com cobertura obrigatória, vigente na época do evento para a segmentação ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, 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

LEVE PERSONAL INDIVIDUAL COM Coparticipação QC – N° Registro: 502.354/25-8

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 e hospitalar sem obstetrícia.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação deste contrato se limita aos municípios de Duque de Caxias/RJ, Niterói/RJ, Nova Iguaçu/RJ, Rio de Janeiro/RJ e São Gonçalo/RJ.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

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

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

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

7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de acomodação em internação é coletiva.

7.1. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados do Contratado, o paciente poderá ter acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

8. FORMAÇÃO DE PREÇO

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

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1. 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.

9.1.1 O Beneficiário Titular é o contratante do plano.

9.1.2 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.

9.2. 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.

9.3. 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).

9.4. 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.

9.5. 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.

9.5.1. 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.

9.5.2. 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.

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

9.5.3. 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.

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

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

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

9.8. 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.

9.8.1. 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.

9.8.2. 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.

9.8.3. 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.

10. MUDANÇA DE PLANO

10.1. A mudança decorrente de alteração de rede menos abrangente para outra mais abrangente, ou de padrão de acomodação quarto coletivo para quarto particular, 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.

10.1.1. 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.

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

11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1 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 e internações hospitalares, 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.

11.2 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, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, 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 peritonial – 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.

11.3 A cobertura hospitalar sem obstetrícia compreende:

a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
    i. O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,
    ii. No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;
d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;
f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
    g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
    g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério do Contratado;
    g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e o Contratado, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse;

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

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

   i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

   i. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
   ii. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar;

j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

   i. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
   ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
   iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, 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;
   iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
   v. Hemoterapia;
   vi. Nutrição parenteral ou enteral;
   vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
   viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
   ix. Radiologia intervencionista;
   x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
   xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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

   i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
   ii. medicamentos utilizados durante a internação;
   iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
   iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

   m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

   i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
   ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
   iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

11.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
c) Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
   c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
d) Nos casos de internação decorrente de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando

ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

11.5 O presente Contrato garante, ainda:

a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, 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 e hospitalar sem obstetrícia 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 e hospitalar sem obstetrícia, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, 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 e hospitalar sem obstetrícia, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação Ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia;
f) 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 e hospitalar sem obstetrícia.

12. EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 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 do Contratado 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) 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);

d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
e) 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;
f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;
k) 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;
l) 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;
m) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
p) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
q) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
r) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
s) Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
u) 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;
v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
w) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
x) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
y) Cirurgia para mudança de sexo;
z) Avaliação pedagógica;
aa) Orientações vocacionais;
bb) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
cc) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
dd) Procedimentos relativos ao pré-natal (hospitalar) e da assistência ao parto e puerpério;
ee) Remoção domiciliar;
ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

13. DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1. 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.

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

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

13.4. 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.

13.4.1. 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.

14. PRAZOS DE CARÊNCIA

14.1. 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.

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

14.2. 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 e Cirúrgicos	Exames Complementares	Serviços Auxiliares	Consultas Médicas
24 horas	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.	–
30 Dias	–	–	–	Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, exceto as previstas abaixo no item 180 dias.
180 Dias	Adenoidectomia, Amigdalectomia, Anexectomia, Artroscopia cirúrgica ou diagnóstica, Internações clínicas ou cirúrgicas de qualquer especialidade, Internações psiquiátricas em unidade clínica ou não, Atendimento a emergências	Anatomopatologia e citopatologia, Angiografia, Angiotomografia coronariana, C4D fragmento Densitometria óssea, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, Estudos	Fisioterapia, Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e acupuntura. Termoterapia transpupilar a laser, laserterapia para tratamento da mucosite oral/ orofaringe, Diálise, Hemoterapia,	Consultas Psiquiátricas e Psicoterapia de crise.

	psiquiátricas provocadas pelo alcoolismo ou outras formas de dependência química, Colocação de DIU, Biopsia e punção, Laparoscopia, Litotripsia e Nefrolitotripsia, Implante de anel intraestromal, Oxigenoterapia hiperbárica, Implante de cardiodesfibrilador multissitio – TRV, Implante de monitor de eventos (looper implantável), Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, Tratamento de hiperatividade vesical, Terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatoide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante (com diretriz de utilização), Além de todos os outros	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.	Quimioterapia, Radioterapia. Além de todos os outros Serviços auxiliares previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.	

	procedimentos clínicos e cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.			

15. 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:

15.1. 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.

15.2. 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.

15.3. 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 assuma o ônus dessa entrevista.

15.4. 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.

15.5. 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.

15.6. 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.

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

15.7. Caso seja aplicada a Cobertura Parcial Temporária, ocorrerá a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, 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 integral.

15.8. 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.

15.9. 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.

15.10. 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.

15.11. 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.

15.12. 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.

16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1. 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.

16.2. Na hipótese de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária pelo Beneficiário Titular e/ou pelo(s) Dependente(s), a cobertura do atendimento de urgência e emergência para as doenças e lesões preexistentes, se restringirá às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação do paciente, desde que não resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

16.3 Os casos configurados como emergência, ou seja, aqueles em que há alteração aguda do estado de saúde do Beneficiário Titular e/ou seus Dependente(s), que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis, devidamente caracterizada em declaração do médico assistente, estarão assegurados, desde a admissão do paciente até sua alta, salvo se o mesmo estiver cumprindo carência, quando então a cobertura se restringirá às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que haja necessidade de internação do paciente.

16.4. Os casos configurados como urgência, ou seja, aqueles causados por evento resultante de acidente pessoal, estarão assegurados, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato até a alta do paciente.

16.5. Os casos configurados como urgência e/ou emergência decorrentes de complicações no processo gestacional, estarão assegurados após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, limitados às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação, o que ocorrer primeiro.

16.6. 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, ministrada durante o período de internação hospitalar.

16.7. Realizados os atendimentos de urgência e emergência, cessada a obrigação de cobertura pelo Contratado, nos casos de carência ou Cobertura Parcial Temporária ou complicações no processo gestacional, caberá a este o ônus e a responsabilidade pela remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

16.7.1. 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;

16.7.2. 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 16.7, o Contratado estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

16.7.3. 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.

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

16.9. 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, especialmente caso se trate de procedimentos cirúrgicos e de internação.

16.10. 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.

16.11. 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.

16.12. 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.

16.13. Não serão passíveis de reembolso os procedimentos sem previsão de cobertura contratual, as despesas com alimentação de acompanhante, salvo nos casos de pacientes internados, menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais e gestantes em pré-parto, parto e pós-parto, conforme inciso I do artigo 22 da Resolução Normativa nº 338/2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) e serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de equipamentos, entre outros.

16.14. 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.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. Identificação do Beneficiário

17.1.1. 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.

17.1.2. 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.

17.1.3. 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.

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

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

17.1.6. 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.

17.2. Documentação Contratual

17.2.1. São considerados como documentos do plano contratado neste Contrato, o Termo 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.

17.2.2. 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.

17.2.3. 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.

17.3. 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.

17.4. Internações Hospitalares
17.4.1. As internações somente serão autorizadas após avaliação prévia de profissional médico.

17.4.2. Para fornecimento da autorização, o Beneficiário deverá apresentar declaração assinada pelo médico assistente que justifique as razões da internação e indique o diagnóstico e o tratamento proposto com seu código na CID 10, a época do início da enfermidade, bem como o tempo médio provável da internação.

17.4.3. O Contratado fornecerá ao Beneficiário, antes de sua admissão no hospital, autorização na forma prevista nesta cláusula. Esta autorização será concedida somente para hospitais credenciados constantes no Guia do Usuário do plano contratado, em conformidade com a natureza da doença ou porte da cirurgia.

17.4.4. Ao se internar, o Beneficiário e/ou seu Dependente deverão apresentar à administração do hospital a Guia de Internação assinada pelo Contratado, bem como o respectivo Cartão de Identificação do plano e o documento de identificação pessoal.

17.4.5. A Guia de Internação será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários. A prorrogação da internação será concedida a critério do Contratado, mediante solicitação do médico assistente que justifique as razões técnicas do pedido.

17.4.6. As senhas emitidas pelo Contratado, especialmente para realização de internações e cirurgias, terão validade de 30 (trinta) dias.

17.4.6.1. Ultrapassado este prazo sem que a senha tenha sido utilizada, ela poderá ser revalidada por mais 30 (trinta) dias, mediante apresentação pelo Beneficiário de nova requisição médica.

17.5. Autorização Prévia

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

- Internações e procedimentos eletivos;
- Cirurgias eletivas;
- Procedimentos solicitados por médico não credenciado;
- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico, sedação ou anestesia, desde que eletivos;
- Litotripsia;
- 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.

17.5.2. 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.

17.5.2.1. 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.

17.5.2.2. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 17.8.

17.5.2.3. 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.

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

- Internações eletivas e procedimentos/cirurgias eletivos: É necessária guia de internação carimbada ou pedido em receituário particular, assinado pelo médico assistente e diagnóstico médico com o quadro clínico. Em caso de cirurgia, será necessário que conste na guia de internação/ receituário particular, a data provável da cirurgia, com laudo de exame e lista de material, se for o caso.
- 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.
- RPG e Acupuntura: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e plano terapêutico.
- 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.

17.5.4. É facultado ao Contratado direcionar a realização de consultas, exames, internações 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.

17.5.5. 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.

17.6. Rede de Atendimento

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

17.6.2. 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.

17.6.3. 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.

17.6.4. Se a substituição da unidade hospitalar ocorrer por vontade do Contratado durante período de internação do Beneficiário e seu(s) Dependentes, a internação será mantida e custeada até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste contrato, pelo Contratado. Se a substituição da unidade hospitalar ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação do Beneficiário e seu(s) Dependentes, o Contratado arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para os Beneficiários.

17.6.5. 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.

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

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

17.6.8. 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).

17.7. Auditoria e Perícia Médicas

17.7.1. Os procedimentos de alta complexidade e cirúrgicos programados 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 17.8.

17.7.2. 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.

17.7.3. 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.

17.7.4. 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.

17.8. Divergências de Natureza Médica

17.8.1. 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.

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

17.8.1.2. 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.

17.8.1.3. 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.

17.8.2. É facultado às operadoras firmar 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.

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

17.8.4. 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.

17.9. Gerenciamento de ações de saúde

As condições médicas a seguir terão cobertura para o atendimento, desde que em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, se este for realizado na rede preferencial, disponibilizada no site (www.levesaude.com.br) e no Guia do Usuário do plano selecionado para tal, não havendo direito a cobertura para procedimento que não obedeçam a esta regra:

a) Transplantes de órgãos cobertos – rins, córneas, autólogos e alogênico de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, bem como suas eventuais atualizações;
b) Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade mórbida (gastroplastia redutora, gastroenteroanastomoses e outras) e Dermolipectomia, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
c) Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
d) Implante de marca-passo ou cardio-desfribilador, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
e) Inserção de DIU (Dispositivo Intrauterino), de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
f) Tratamento cirúrgico de esterilização voluntária para fins de planejamento familiar – laqueadura tubária e vasectomia, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
g) Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca);
h) Cirurgias ortopédicas, cardiovasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação ligados ao ato cirúrgico;
i) Cirurgia oftalmológica refrativa, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
j) Acupuntura;
k) Terapia imunobiológica, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
l) Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
m) Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer, de acordo com as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
n) Acidente vascular cerebral e suas consequências;
o) Doenças renais crônicas e suas consequências;
p) Parto de alto risco;
q) UTI Neonatal;
r) Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

GRUPO DIAGNÓSTICO	CID
Doenças do aparelho cardiocirculatório	I 10 – I 52
Diabetes Mellitus	E 10 – E 14
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J 40 – J 47
Tratamento dialítico em insuficiência renal	N 17 – N 19
Doenças relacionadas ao HIV e às suas complicações	B 20 – B 24
Oncologia	C 00 – C 97 e D 00 – D 09

Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química	F00 – F99

17.10. 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).

17.11. Os casos configurados como urgência e emergência, conforme definido na Cláusula 16 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.

17.12. Do Fator Moderador

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

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

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

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

18. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1. 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.

18.2. 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, bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

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

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

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

18.5. 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.

18.5.1. 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.

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

18.7. As mensalidades deste contrato poderão ser pagas por:

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

18.8. 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 sitio eletrônico www.levesaude.com.br.

18.9. 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.

18.10. 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.

18.11. 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.

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

18.13. 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.

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

18.15. 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.

18.16. 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.

19. 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	4,00%
24 a 28	10,00%
29 a 33	10,00%
34 a 38	10,00%
39 a 43	6,00%
44 a 48	40,00%
49 a 53	11,00%
54 a 58	20,00%
59 ou mais	31,00%

19.1. 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.

19.2. 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.

20. 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.

20.1. 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 IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas.

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

21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

21.2. 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.

21.3. 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.

21.4. 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.

21.5. 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.

22. RESCISÃO

22.1. Este contrato poderá ser suspenso e/ou rescindido, sem prejuízo da quitação dos demais valores vencidos referente às despesas médicas e hospitalares 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, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias. A Notificação será válida se realizada por carta, e-mail informado na proposta, whatsapp em número de telefone informado na proposta ou SMS, ligação gravada e outros meios.

22.2. O contrato será cancelado ou suspenso, a critério da OPERADORA, se o beneficiário titular ou seu responsável, deixar de pagar sua(s) mensalidade(s), e quando notificado para pagar, não o fizer, ou fazê-lo parcialmente, no prazo de 10 (dez) dias corridos da ciência. A OPERADORA o notificará da inadimplência ocorrida até o quinquagésimo dia do não pagamento mas, caso opte por notificá-lo após o quinquagésimo dia, será concedido o mesmo prazo de 10 (dez) dias corridos para pagamento.

22.3. Após esgotadas as tentativas de notificação pelos meios de contato informados pelo beneficiário, ainda que não confirmada a sua ciência, a OPERADORA poderá cancelar ou suspender seu contrato, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

22.4 Não haverá cancelamento do contrato de forma unilateral pela Operadora durante a internação do titular.

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

22.6. 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 22.1.

22.7. 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.

22.8 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.

22.9 O Titular ou o Contratante poderá manifestar a intenção de rescindir o contrato por meio das seguintes formas:

- presencialmente, na sede da OPERADORA, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;
- por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela OPERADORA; ou
- por meio da página da OPERADORA na internet.

22.10. 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.

22.11 A extinção do vínculo ocorrida por fraude não desobriga o beneficiário titular do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha causado, diretamente ou por intermédio de seus dependentes.

22.12 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.

22.13 A OPERADORA reserva-se no direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, após a rescisão do contrato, eventuais despesas, inclusive de coparticipação, decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes.

22.14 O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da OPERADORA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele ou seus dependentes, após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. No caso de rescisão contratual por fraude ou inadimplência, sem que nesta última hipótese esteja o Beneficiário Titular internado, a responsabilidade do Contratado quanto aos atendimentos e internações, 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.

23.2. 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.

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

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

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

23.6. 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.

23.7. 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.

23.8. 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.

23.9. 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.

23.10. 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.

23.11 O CONTRATANTE deverá notificar a OPERADORA sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações das condições dos dependentes, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

23.12 Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço, endereço eletrônico, número de telefone ou de telefone celular, por parte do CONTRATANTE, este será considerado notificado automaticamente de todas as correspondências enviadas pela OPERADORA para o último endereço, endereço eletrônico, números de telefones, celulares informados, independentemente da respectiva comprovação de recebimento pelo CONTRATANTE, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondências.

23.13 O CONTRATANTE é o único responsável pelas atualizações dos endereços e/ou dados cadastrais dos beneficiários inscritos neste contrato, devendo informar à OPERADORA as

respectivas alterações, eximindo-a, inclusive, de quaisquer responsabilidades em relação às negligências dessas ações.

23.14 Os dispositivos contratuais que transcrevem regras previstas na legislação de saúde suplementar e demais normativos regulamentares acompanharão a vigência dos referidos atos, de forma que, quando cabível, posterior alteração promovida pelos órgãos competentes automaticamente produzirá efeitos sobre as respectivas cláusulas contratuais.

24. ELEIÇÃO DE FORO

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

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

LEVE SAÚDE SA **CONTRATANTE**