

## CAPÍTULO III - CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Esta Condição Específica de Contratação de Plano de Saúde é parte integrante e indissolúvel do **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OU SEM OBSTETRÍCIA – PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS (04.2023.001)**

### 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Coparticipação	Segmentação	Acomodação
SMART REGIONAL CE ENF	488.797/21-2	Não	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Coletiva
SMART REGIONAL CE CP ENF	488.802/21-2	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Coletiva
SMART REGIONAL CE APTO – NV	493.844/22-5	Não	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Individual
SMART REGIONAL CE CP APTO – NV	493.843/22-7	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Individual

### 2. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

**2.1.** O padrão de acomodação de cada plano observará sempre aquele previsto na tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS da presente Condição Específica:

**(a) Acomodação Coletiva:** quarto não privativo com 02 (dois) ou mais leitos. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem custo adicional;

**(b) Acomodação Individual:** apartamento com quarto e banheiro privativos e com direito a um acompanhante.

### 3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

**3.1.** A abrangência geográfica observará sempre as características específicas de cada um dos planos contratados, observadas as especificações constantes na tabela a seguir no que diz respeito às localidades em que serão garantidas as coberturas assistenciais:

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Abrangência Geográfica
SMART REGIONAL CE ENF	488.797/21-2	<u>Grupo de Estados:</u> Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo.
SMART REGIONAL CE CP ENF	488.802/21-2	
SMART REGIONAL CE APTO – NV	493.844/22-5	
SMART REGIONAL CE CP APTO – NV	493.843/22-7	

#### 4. MECANISMO DE REGULAÇÃO

##### 4.1. Mecanismos de Regulação – Coparticipação

**4.1.1.** Observada a tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS da presente Condição Específica, para os planos com coparticipação será devido pela Contratante em favor da Contratada para a realização de cada um dos procedimentos a seguir indicados o pagamento de coparticipação, a qual será cobrada juntamente com o faturamento mensal:

	PROCEDIMENTOS	VALOR DA COPARTICIPAÇÃO	Observações
a	Consultas Médico de Família (virtual e físico)	R\$ 15,00	Sem limitador
b	Consultas Especialista Virtual	R\$ 25,00	Sem limitador
c	Consultas Especialista Presencial	R\$ 60,00	Sem limitador
d	Consultas de Urgência e Emergência	R\$ 60,00	Sem limitador
e	Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento	40%	Limite de R\$ 150,00 por procedimento
f	Terapias em geral, incluindo, mas não se limitando a Sessões de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Hemoterapia	40%	Limite de R\$ 150,00 por procedimento
g	Internações	R\$ 150,00	-

**4.1.2.** Será garantida a isenção da cobrança da coparticipação no caso de consulta de retorno, desde que realizada pelo mesmo especialista, no período de 30 (trinta) dias da última consulta.

**4.1.3.** O valor máximo de coparticipação observará a legislação vigente à época da contratação e a tabela prevista no item 4.1.1 acima, observadas as atualizações dos valores de acordo com o critério de reajuste previsto em contrato.

**4.1.3.1.** Os percentuais previstos nos itens “e” e “f” da tabela prevista no item 4.1.1 acima serão calculados sobre o valor da tabela referência da **CONTRATADA** vigente à época

da prestação de serviço, sendo certo que os valores da tabela referência serão reajustados anualmente de acordo com índice financeiro e data base do Contrato.

**4.1.3.2.** A tabela mencionada do item 4.1.3.1 acima será disponibilizada na área do Beneficiário no portal da **CONTRATADA** [www.gndisul.com.br](http://www.gndisul.com.br) ou através dos canais de atendimento disponibilizados no referido portal.

**4.1.4.** Os procedimentos/eventos para os quais será devida a coparticipação pela **CONTRATANTE** serão aqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, por ventura procedimentos/eventos extra-Rol desde que previstos para o plano contratado, sendo certo que os valores de coparticipação previstos serão reajustados anualmente na mesma data base de reajuste das contraprestações pecuniárias mensais, observado o índice financeiro previsto nas Condições Gerais do Contrato.

## **4.2. Mecanismos de Regulação – Locais de Atendimento**

**4.2.1.** As consultas médicas serão realizadas nos Centros Clínicos Próprios da **CONTRATADA** ou na Rede Credenciada ou por meio de Teleatendimento.

**4.2.1.1.** Todas as consultas por meio de teleatendimento serão garantidas exclusivamente na plataforma da **CONTRATADA** ou qualquer outra que venha a ser por esta indicada.

**4.2.2.** Os serviços de diagnósticos, tratamentos, internações e demais procedimentos previstos neste Contrato serão realizados nos locais indicados pela **CONTRATADA**, exclusivamente dentro de sua Rede Própria ou Credenciada e desde que solicitados pelo médico assistente, quando autorizados previamente pela **CONTRATADA**, resguardadas as situações de urgência ou emergência previstas em Contrato.

## **4.3. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia**

**4.3.1.** Para a realização dos procedimentos contratados será obrigatória à solicitação de autorização prévia (guia autorizada), a qual deverá ser obtida após solicitação pelo beneficiário através dos canais de atendimento da **CONTRATADA**.

**4.3.2.** As solicitações deverão ser encaminhadas à **CONTRATADA** pelo Beneficiário ou seu representante, que emitirá resposta nos prazos definidos pela legislação e regulamentação vigentes, os quais serão contabilizados a partir da data da solicitação.

**4.3.3.** Os serviços autorizados deverão ser realizados na rede de atendimento indicada pela **CONTRATADA**, conforme a abrangência geográfica do plano contratado.

**4.3.4.** Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ora contratados poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, pertencentes ou não à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**. No entanto, em todos os casos os atendimentos deverão ser realizados na rede da **CONTRATADA**.

**4.3.5.** A análise de autorização dos procedimentos e eventos cobertos e previstos neste Contrato e, solicitados pelo médico assistente, serão submetidos à Segunda Opinião Médica, visando melhor elucidação diagnóstica e a segurança do paciente.

**4.3.5.1.** A Segunda Opinião Médica poderá ser realizada de forma documental ou presencial, a critério do profissional auditor da **CONTRATADA**.

**4.3.5.2.** Na hipótese de indicação de Segunda Opinião presencial pelo profissional auditor, o Beneficiário estará obrigado a comparecer em consulta agendada para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise para fins de autorização do procedimento solicitado.

**4.3.6.** As hipóteses de contraindicação do procedimento solicitado, após análise da Segunda opinião, serão submetidas a Junta Médica e/ou Odontológica, para definição do impasse.

**4.3.6.1.** A Junta Médica e/ou Odontológica será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

**4.3.6.2.** A escolha de comum acordo do profissional desempatador observará as regras da legislação e regulamentação vigentes à época do procedimento.

**4.3.6.3.** A critério profissional desempatador, a Junta Médica e/ou Odontológica poderá ser documental ou presencial, ou ainda conter solicitação de exames complementares.

**4.3.6.4.** Sendo indicada a junta presencial ou a realização de exames complementares, é obrigatório o comparecimento do beneficiário para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise do profissional desempatador e, conseqüentemente, a conclusão da Junta e a autorização do procedimento.

**4.3.7.** Os impasses quanto a indicação de materiais especiais, órteses ou próteses também serão sanados via o processo da Junta Médica e/ou Odontológica.

**4.3.7.1.** O profissional assistente, solicitante do procedimento submetido a Junta Médica e/ou Odontológica, deverá justificar clinicamente a indicação das órteses, próteses ou dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos e, oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

**4.3.7.2.** A **CONTRATADA** instaurará Junta Médica e/ou Odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou nas hipóteses em que discordar das marcas indicadas, após análise da Segunda Opinião.

**4.3.8.** A **CONTRATADA** se obrigará ao parecer do profissional desempatador, seja pela cobertura ou pela não realização do procedimento solicitado, sem prejuízo de consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica.

#### **4.4. Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações em Saúde**

**4.4.1.** As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos ou exames efetuados por profissional pertencentes ou não à Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **CONTRATADA** e observadas as regras contratuais de Segunda opinião e Junta Médica, contudo o procedimento será exclusivamente realizado por profissionais credenciados e na Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**.

**4.4.2.** Nos planos relacionados nesta Condição Específica os atendimentos relativos às especialidades abaixo relacionadas estarão sujeitos a **Direcionamento** exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada disponibilizados no momento da autorização do procedimento:

- a) Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas);
- b) Oncologia;
- c) Procedimentos eletivos na especialidade de Buco Maxilo Facial;
- d) Cirurgias Gástricas eletivas;
- e) Acompanhamento de Gestação de Risco;
- f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
- g) Neurocirurgias eletivas;
- h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);
- i) Internação de Urgência e Emergência.

**4.4.2.1.** O direcionamento à profissional e/ou estabelecimento de saúde conforme item 4.4.1. não dispensa a análise prévia de autorização pela **CONTRATADA**, de acordo com as coberturas contratadas.

**4.4.2.2.** Os prestadores pertencentes à rede credenciada da **CONTRATADA** que demandam encaminhamento prévio estão descritos no Manual de Rede Credenciada disponibilizado no portal da operadora [www.gndisul.com.br](http://www.gndisul.com.br) ou através da Central de Atendimento.

## 5. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

**5.1.** A variação do preço em razão da alteração da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite abaixo prevista, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente, conforme faixas etárias e percentuais constante da tabela abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS	Variação %
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	34,98%
24 a 28 anos	18,18%
29 a 33 anos	4,48%
34 a 38 anos	3,34%
39 a 43 anos	10%
44 a 48 anos	30%
49 a 53 anos	30%
54 a 58 anos	30%
59 anos ou +	44,13%

## 6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se a este plano as demais cláusulas e Condições Gerais do Contrato de Assistência à Saúde – **04.2023.001**– Pequenas e Médias Empresas na Segmentação Ambulatorial e/ou Hospitalar com ou sem Obstetrícia.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

**CONTRATANTE**

---

**CONTRATADA**

---

**TESTEMUNHA**

Nome:

RG:

---

**TESTEMUNHA**

Nome:

RG: