

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
ESSENCIAL CE CP ENF - NV	493.853/22-4	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Coletiva
ESSENCIAL CE CP APTO - NV	493.852/22-6	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Individual
ESSENCIAL CE ENF - NV	493.854/22-2	Não	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Coletiva
ESSENCIAL CE APTO - NV	493.841/22-1	Não	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
ESSENCIAL CE CP ENF - NV	493.853/22-4	<u>Grupo de Estados:</u> Paraná e Santa Catarina.
ESSENCIAL CE CP APTO - NV	493.852/22-6	
ESSENCIAL CE ENF - NV	493.854/22-2	
ESSENCIAL CE APTO - NV	493.841/22-1	

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 nos seguintes casos:

4.1.2.1. Consulta de retorno, desde que realizada pelo mesmo especialista, no período de 30 (trinta) dias da última consulta;

4.1.2.2. Internações clínicas e cirúrgicas observados os critérios abaixo:

- a) Quando ocorridas no Estado de Santa Catarina: Isenção de coparticipação para as internações clínicas e cirúrgicas na rede própria, exceto para as internações na especialidade de psiquiatria;
- b) Quando ocorridas no Estado do Paraná – Isenção de coparticipação para as internações clínicas e cirúrgicas na Rede Própria e Credenciada, exceto para as internações na especialidade de psiquiatria.

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 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 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

6.1. 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: