

MANUAL DO CORRETOR

PME

Versão: Julho/2024

 **hapvida**

 NotreDame
Intermedica



Aceitação - Documentação Necessária - Empresa

PME	A partir de 1 vida* consulte as condições para contratação
Área de comercialização	São Paulo, Grande SP, Baixada Santista, Campinas, Sorocaba e Jundiá. Rio de Janeiro e Grande Rio. Verificar os planos disponíveis para cada abrangência.
Micro-empendedor Individual (MEI)	- 180 dias da data de abertura. - Cód. e descrição da Natureza Jurídica (Cartão CNPJ) 213-5 Empresário Individual - Apresentação da Declaração de Autenticidade. - Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato Empresas. - Cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial. - Máximo de 2 titulares por contrato. Empresário Individual e 1 Funcionário - Cópia do CNPJ atualizado. - A contratação de planos está limitada à Linha Advance. - Não serão aceitos MEI como prestadores de serviços e/ou coligadas.
EI - Empresário Individual	180 dias da data de cobertura. - Cód. e descrição da Natureza Jurídica (Cartão CNPJ) 213-5 Empresário Individual. - Apresentação da Declaração de Autenticidade. - Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato Empresas. - Cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial. - Cópia do CNPJ atualizado. - Não serão aceitas propostas em que o(a) sócio(a) não esteja incluído(a) no plano.
DEMAIS EMPRESAS, EIRELLI LTDA, S/A, S/S e S/C	- Cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial. - Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato. - Cópia do CNPJ atualizado. - Para associações, sindicatos, igrejas, condomínios ou cooperativa, além das documentações acima, apresentar Ata válida ou Estatuto.
EMPRESAS COLIGADAS	Coligada vínculo societário ou familiar: - Pelo menos um sócio em comum em todas as empresas. - Em caso de procurador, o mesmo deverá constar no Contrato Social das empresas. Obs.: Não serão aceitas coligadas para MEI. Processo: - Deverá ser preenchido o formulário de coligadas. - Cópia de documento que contenha assinatura. - CNPJ atualizado de cada empresa. - Máximo de 6 empresas, para 30 vidas no mínimo. - Mínimo de beneficiários será conforme cada plano. - Os contratos estarão vinculados e, no principal, será atribuído o mínimo de 30 vidas, para efeito de faturamento, caso o grupo fique com menos de 30 vidas.

Beneficiários

	Aceitação	Documentação
Sócios Diretores Administradores	- Deve constar no Contrato Social	- Cópia Contrato Social
Funcionários	- Comprovar vínculo empregatício	- Relação do FGTS completa do mês anterior ao início de vigência do benefício e guia de recolhimento quitada em rede bancária (mais de 29 vidas). - Funcionários recém-admitidos deverão apresentar: Cópia da página da carteira de trabalho, cópia da página com - Ficha de registro com foto e carimbo com CNPJ. - Demais documentos obrigatórios: Cópia RG (frente e verso) acima de 18 anos. Cópia Cartão Nacional de Saúde - SUS. Comprovante de endereço do titular (na falta do cartão SUS). - Para empresa Cartório: Além das documentações acima, apresentar o Diário Oficial de Nomeação do Oficial de Registro Civil.

Aprendizes

- Maiores de 14 e menores de 24 anos

- Contrato de aprendiz assinado pelo próprio e pelo representante legal da empresa. Quando menor de 18 anos, o responsável legal do aprendiz deverá assinar a declaração de saúde.

Estagiários

- Maiores de 16 anos

- Contrato de estágio assinado pelo estagiário, pelo representante legal da empresa carimbado e pela instituição de ensino. Quando menor de 18 anos, o responsável legal do estagiário deverá assinar a declaração de saúde.

BENEFICIÁRIO

DOCUMENTAÇÃO - CÓPIAS DE:

CONDIÇÃO PROMOCIONAL DE ACEITAÇÃO

Cônjuge	- Certidão de Casamento	----
Companheiro(a)	- Declaração de união estável simples (modelo NotreDame Intermédica) com reconhecimento de firma do declarante - Declaração Pública de União Estável	----
Filho Solteiro	- Certidão de Nascimento ou RG (cópia frente e verso) - Filhos Inválidos: Relatório Médico para análise médica	Até 49 anos, 11 meses e 29 dias Sem limite de idade
Filho Adotivo	- Termo de guarda (provisória/definitiva) ou tutela emitido por juiz de direito e Certidão de Nascimento (cópias)	Até 49 anos, 11 meses e 29 dias
Enteado	- Certidão de Nascimento ou RG (cópia frente e verso) - Certidão de Casamento - Declaração Pública de União Estável	Até 49 anos, 11 meses e 29 dias
Pai/Mãe	- RG ou CNH do Titular - Certidão de Nascimento ou Casamento	
Padrasto/Madrasta	- RG ou CNH do Titular; ou - Certidão de Casamento; ou - Escritura pública união estável do Titular - Além de um dos documentos acima: - Comprovante de união estável pai/mãe com padrasto/madrasta ou Certidão de Casamento	
Irmãos	- RG ou CNH do Titular; ou - RG ou CNH do irmão; ou - Certidão de Nascimento ou Casamento	
Cunhado(a)	- Certidão de Casamento do Titular; ou escritura pública de união estável; ou RG do cônjuge ou companheiro(a) do Titular; e - Certidão de Casamento do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou escritura pública de união estável do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou RG do cunhado(a)	----
Tio(a)	- Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento dos pais do Titular - RG ou CNH do tio ou Certidão de Nascimento ou Casamento	
Sogro(a)	- Certidão de Casamento do Titular; ou - Escritura pública de união estável	
Sobrinho(a)	- RG ou CNH do Titular e - RG ou CNH do pai/mãe do sobrinho e - RG ou CNH do sobrinho ou Certidão de Nascimento	49 anos, 11 meses e 29 dias
Genro/Nora	- Certidão de Casamento; ou - Escritura pública de união estável	49 anos, 11 meses e 29 dias
Neto(a)	- Certidão de Nascimento do neto; ou - RG ou CNH da mãe/pai do neto	24 anos, 11 meses e 29 dias

Os beneficiários dependentes serão incluídos no mesmo plano que o Titular.

Empresa com beneficiários com idade superior às constantes do quadro acima ficam sob análise da operadora.

ACEITAÇÃO - PREENCHIMENTO - BENEFICIÁRIOS

ATÉ 29 VIDAS

DOCUMENTAÇÃO (RAC)

- RAC PME (Relação de Atualização Cadastral) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO - Via única - NotreDame Intermédica

Preenchimento: dados do Titular

- Nome da empresa
- Plano desejado
- Nome completo do Titular
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- Endereço de residência completo (CEP, rua/av., nº, bairro, município e UF)
- E-mail
- Telefones: celular, residencial e/ou contato
- Dados bancários (para planos das linhas Advance e Premium)

Preenchimento: dados do(s) dependente(s)

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- Número declaração nascido vivo (nascidos a partir de janeiro de 2010)

• CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

- Beneficiário:

- Local e data
- Nome completo do beneficiário titular
- CPF do beneficiário titular
- Assinatura do beneficiário titular (conforme demais assinaturas da proposta)

- Intermediário corretor:

- Local e data
- Nome completo do corretor
- CPF do corretor
- Assinatura do corretor

• DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- Preenchimento:

- Nome completo do Titular
- Assinalar "N" ou "S" nas questões apresentadas (para todos os beneficiários)
- Informar peso e altura (para todos os beneficiários)
- Caso exista a informação "S" para alguma questão, informar: data, evento, descrição e esclarecimento
- Assinatura do beneficiário titular (conforme demais assinaturas da proposta)

O cliente deverá ter ciência de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto da declaração de saúde poderá ser considerada(o) como indício de fraude, sujeito às penalidades legais e administrativas, à responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com assistência médica e hospitalar, bem como poderá ensejar o cancelamento da proposta de adesão ou rescisão de contrato já vigente.

ACEITAÇÃO - PREENCHIMENTO - BENEFICIÁRIOS

A PARTIR DE 30 VIDAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

DOCUMENTAÇÃO (RAC)

- FORMULÁRIO DE SAÚDE
A empresa deverá preencher o formulário de saúde e o representante legal deverá assiná-lo.

- RAC PME (Relação de Atualização Cadastral)
Preencher somente a página 1.

Preenchimento: dados do Titular

- Nome da empresa
- Plano desejado
- Nome completo do Titular
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - do beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- Endereço de residência completo (CEP, rua/av., nº, bairro, município e UF)
- E-mail
- Telefones: celular, residencial e/ou contato
- Dados bancários (para planos das linhas Advance e Premium)

Preenchimento: dados do(s) dependente(s)

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - próprio beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- Número declaração nascido vivo (nascidos a partir de janeiro de 2010)

EXISTE a opção de cadastro via arquivo, desse modo, o preenchimento da planilha dispensa o envio da RAC.

• PLANILHA DE PREENCHIMENTO (LAYOUT)

- Todos os campos devem ser preenchidos.
- Não é permitido informar somente o telefone da empresa ou que haja duplicidade de número de telefones.
- Deve constar o endereço de cada funcionário.
- Todos os itens obrigatórios devem ser observados e a não informação resultará na devolução do contrato.
- O número e o nome da empresa devem ser salvos.
- Enviar para o e-mail: apoio.corretor@intermedica.com.br.
- A proposta deverá ser protocolada na NotreDame Intermédica e deverá ser comunicado que os beneficiários estão incluídos via planilha.

O cliente deverá ter ciência de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto da declaração de saúde poderá ser considerada(o) como indício de fraude, sujeito às penalidades legais e administrativas, à responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com assistência médica e hospitalar, bem como poderá ensejar o cancelamento da proposta de adesão ou rescisão de contrato já vigente.

ACEITAÇÃO - EX-NOTREDAME INTERMÉDICA - CNPJ

TIPO	MOTIVO DO CANCELAMENTO	TEMPO DE CANCELAMENTO	COMISSÃO
PME/PJ	Inadimplência ou solicitação do cliente	90 DIAS	100% (1ª PARCELA)
PME	Outros motivos	Após 180 DIAS	NORMAL
PJ	Outros motivos	Após 60 DIAS	NORMAL

Todo ex-cliente necessita de análise prévia para aceitação.

ACEITAÇÃO - EX-NOTREDAME INTERMÉDICA - CPF

TIPO	TEMPO DE CANCELAMENTO	COMISSÃO	OBS.
“CPF” PME	90 DIAS	100% (1ª PARCELA) NORMAL	No período de 90 a 180 dias, pagamento sobre a nova vida
“CPF” Oriundo plano PJ	1 dia “ininterrupto”	NORMAL	Contrato “ininterrupto”
“CPF” Oriundo plano PF/Adesão	24 HORAS	100% (1ª PARCELA) NORMAL	Para adesão, permanência mínima de 6 meses
CPF Plano divisão Intermédica ou NotreDame Seguradora	Não se aplica (contrato ativo)	Venda administrativa	Contrato ativo



ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Planos	Cidades
SMART AMBULATORIAL SP	Americana, Barueri, Carapicuíba, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Caieiras, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itu, Itupeva, Itapevi, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Nova Odessa, Osasco, Santa Bárbara D'Oeste, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente, Ribeirão Pires, Sorocaba, Taboão da Serra, São Paulo, Sumaré, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
SMART AMBULATORIAL RJ	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti.
NOSSO MÉDICO CAMPINAS	Campinas.
NOSSO MÉDICO GUARULHOS	Guarulhos.
NOSSO MÉDICO ITAPEVI	Itapevi, Santana de Parnaíba, Barueri
NOSSO MÉDICO MOGI DAS CRUZES	Mogi das Cruzes, Suzano, Arujá.
NOSSO MÉDICO OSASCO	Osasco, Barueri, Carapicuíba.
NOSSO PLANO SP LESTE	São Paulo
NOSSO MÉDICO SP SUL	São Paulo
NOSSO MÉDICO SP NORTE	São Paulo
NOSSO MÉDICO TABOÃO	Taboão da Serra, Embu das Artes, Cotia
NOSSO MÉDICO JUNDIAÍ	Jundiaí
NOSSO MÉDICO SOROCABA	Sorocaba
NOSSO MÉDICO AMERICANA	Americana
SMART 150 ABC	Diadema, Santo André, São Bernardo do Campo
SMART 200 SP CAPITAL	São Paulo
SMART 200 SP OESTE	Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Jandira, Itapevi, Osasco e Taboão da Serra
SMART 200 GRU - MOGI	Arujá, Guarulhos, Mogi das Cruzes, São Paulo.
SMART 200 GUARULHOS	Arujá e Guarulhos.
200 ABC + BAIXADA	Arujá e Guarulhos.
SMART 200 BAIXADA	São Bernardo Do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Santo André
SMART 200 AMERICANA	Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré
SMART 200 CAMPINAS	Campinas e Hortolândia
SMART 200 JUNDIAÍ	Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista e Vinhedo
SMART 200 SOROCABA	Itu, Sorocaba e Votorantim
SMART 200 ALTO TIETÊ	Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel e Suzano
SMART 200 UP	Americana, Arujá, Barueri, Carapicuíba, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Caieiras, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Itapevi, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Nova Odessa, Osasco, Poá, Santa Bárbara D'Oeste, Santa Isabel, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente, São Paulo, Sumaré, Suzano, Ribeirão Pires, Sorocaba, Taboão da Serra, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim
SMART 150 GRANDE RIO	Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João do Meriti, Itaboraí e Maricá
SMART RIO	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti
SMART 300	Todas as cidades dos Smart 200 SÃO PAULO, REGIÃO METROPOLITANA, BAIXADA E ABC: Embu-Guaçu, Francisco Morato, Franco da Rocha, Itapeverica da Serra, Jarinu, Mairiporã, Rio Grande da Serra, Santana de Parnaíba, Vargem Grande Paulista, Bertioga, Itanhaem, Mongaguá, Praia Grande. SÃO PAULO INTERIOR: Artur Nogueira, Cabreúva, Cosmópolis, Itatiba, Monte Mor, Paulínia, Salto de Pirapora, Valinhos. RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO: Itaguaí, Japerí, Magé, Queimados e Seropédica.
SMART 400	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300 e mais BAIXADA: Peruíbe SÃO PAULO INTERIOR: Aracoíaba da Serra, Atibaia, Boituva, Bragança Paulista, Ibiuna, Itapira, Iperó, Jaguariuna, Porto Feliz, Salto, São Roque e Tatuí
SMART 500	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400 e mais: BAIXADA: Caraguatatuba e São Sebastião SÃO PAULO INTERIOR: Guaratingueta, Lorena RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO: Petrópolis
Advance 600 / 700	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400, Smart 500 e mais: SÃO PAULO INTERIOR: Alumínio e Mairinque
Premium 900 Care	Todas as cidades da linha Smart e Advance
REFERÊNCIA BASIC	Todas as cidades da linha Smart e Advance

ACEITAÇÃO - VIGÊNCIA

O contrato terá início de vigência e vencimento da fatura mensal conforme data de protocolo da proposta na NotreDame Intermédica, estabelecida no quadro a seguir, e desde que toda a documentação obrigatória, análise técnica e demais pré-requisitos estejam em conformidade com o estabelecido em contrato.

A VIGÊNCIA COMEÇA 05 DIAS APÓS A ASSINATURA

DIA DA VIGÊNCIA	A vigência se dará em 05 dias a partir da data da assinatura da proposta
DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL	20 dias antes do vencimento da próxima mensalidade

A proposta poderá ser recusada e devolvida nas seguintes situações:

- NÃO ENTREGUE EM ATÉ 72 HORAS APÓS ASSINATURA.
- Irregularidade nas documentações apresentadas e/ou devolução administrativa.
- Falta de elegibilidade, de acordo com a RN 195.
- Dificuldade de contato com os beneficiários.
- Falta de preenchimento dos campos obrigatórios.
- Empresas definidas como fora da regra de aceitação.

A proposta deverá ser protocolada pelo corretor na operadora até 72 horas da data de assinatura. Caso a proposta seja protocolada pelo corretor na operadora, após este período, será devolvida para regularização. A vigência se dará em até 15 dias após a data do novo protocolo.

Dicas para evitar a devolução de contratos

- Preencha o checklist presente na proposta de adesão.
- Preencha corretamente todos os campos sem rasuras.
- Informe o nome da mãe de todos os beneficiários.
- Informe o CPF do titular e de todos os dependentes, independentemente de suas idades.
- Informe o número do Cartão Nacional de Saúde.
- Anexar as cópias dos documentos obrigatórios.
- Confira a quantidade de vidas e valores da contratação.
- A assinatura do beneficiário deve ser igual em todos os formulários (conforme documento enviado).
- Verifique se os planos foram assinalados corretamente.
- Preencha sempre os telefones de contato e endereço pessoal dos beneficiários.
- A declaração de saúde não pode ter rasuras.
- Informe se há doenças e lesões preexistentes.
- Informe corretamente peso e altura dos beneficiários.
- Anexar todos os documentos necessários para a redução de carência.
- Filhos dependentes somente até 49 anos, 11 meses e 29 dias, ou seja, quando completarem 50 anos serão cancelados.
- Quando se tratar de aceitação de igrejas, associações, atente-se para a assinatura do representante legal ou do procurador reconhecido por instrumentos oficiais/legais para tal.

Importante: Caso a proposta possua duas devoluções, a vigência será alterada.

EXEMPLOS DE REEMBOLSO (EM R\$)

	Advance 600	Advance 600	Advance 700	Advance 700	Premium 900.1 Care
	QC	QP	QC	QP	QP
CONSULTA	75,00	75,00	75,00	75,00	240,00
PARTO (via vaginal)	1.000,00	2.000,00	1.000,00	2.000,00	5.000,00
US - Transvaginal (útero, ovário, anexos e vagina)	93,47	93,47	93,47	93,47	203,86
HEMOGRAMA	9,32	9,32	9,32	9,32	9,53
TOMOGRAFIA - Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (até três segmentos)	290,51	290,51	290,51	290,51	391,93
SESSÃO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	59,38	59,38	59,38	59,38	190,02
FISIOTERAPIA	19,03	19,03	19,03	19,03	60,88



COBERTURAS / PLANOS	BASIC (***)	SMART 150	SMART 200	NOSSO MÉDICO	SMART 300	SMART 400	SMART 500	ADVANCE 600	ADVANCE 700	PREMIUM 900 CARE
Abrangência	Nacional	Local	Local	Local	Regional	Regional	Regional	Nacional	Nacional	Nacional
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria/Apartamento	Enfermaria/Apartamento	Enfermaria/Apartamento	Enfermaria/Apartamento	Apartamento
Assistência em Viagem	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Nacional	Nacional	Nacional/Internacional € 30.000 - europa \$ 60.000 - demais países
Reembolso no Exterior	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim ¹	Sim ¹	Sim ¹
Clube de Vantagens e Benefícios	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Consulta com Nutricionista com DUT	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	20 sessões independente de DUT
Escleroterapia de veias	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	18 sessões*
RPG com justificativa médica	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12 sessões*	12 sessões*	30 sessões*
Cirurgia de Miopia	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	De grau -5,0 a -10,0 ²	Acima do grau -3,0*
Cirurgia de Hipermetropia	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²	Até grau 6,0 ²
Transplantes	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo)	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) Coração e Pulmão*
Programa de Imunização - Vacinas *	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Programa de Imunização - Vacinas Vianjante ***	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
2ª opinião médica	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Coleta domiciliar **	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim ⁴
Teste de Incompatibilidade alimentar	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Reembolso de consultas e exames simples	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	7 dias úteis	7 dias úteis	5 dias úteis
Reembolso demais procedimentos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	30 dias	30 dias	10 dias úteis
Hidroterapia	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	10 sessões*	30 sessões*
Psicomotricidade	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	10 sessões*	30 sessões*
Aconselhamento médico telefônico	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Check Up Titulares **	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Centro de Oncologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Diferenciado	Diferenciado	Diferenciado
Medicina Preventiva	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Courrier	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

1) Reembolso limitado ao valor do plano Contratado. 2) Com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0. 3) Vacinas em domicílio plano Infinity. 4) SLA do prestador 48 hs. 5) Limitado a 4 retiradas / mês. 6) Disponível na cidade de São Paulo.

* Diferenciais do ROL. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro nos prestadores indicados ou reembolso e nas demais praças por reembolso. ** Somente nos prestadores indicados pela NotreDame Intermédica. Disponível em São Paulo e Rio de Janeiro. *** Plano Referência (Disponível nas modalidades de contratação: Coletivo Empresarial / Coletivo por Adesão / Individual Familiar. Plano que assegura cobertura assistencial, no regime de atendimento médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação enfermaria, relacionada às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as exigências mínimas garantidas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98. **** Transplantes Rol e extra Rol: nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro nos prestadores indicados pela NotreDame Intermédica.

www.gndi.com.br

- **SÃO PAULO**
Av. Paulista, 777 - 2º Andar
Bela Vista - São Paulo/SP
Tels.: (11) 3155 2040 / 0300 773 2212
- **ABC**
Rua José Versolato, 101
Centro - São Bernardo do Campo/SP
Tel.: (11) 4399 4897
- **ALTO TIETÊ**
Rua Padre Eustáquio, 215
Vila Lavínia - Mogi das Cruzes/SP
Tels.: (11) 4798 5806
- **JUNDIAÍ**
Av. Antônio Segre, 295 - Sl. 2 - Térreo
Jundiaí/SP
Tel.: (11) 4586 6085
- **BAIXADA SANTISTA**
Rua Heitor de Moraes, 27
Santos/SP
Tel.: (13) 3229 1566
- **SOROCABA**
Rua Eulália Silva 454, 11º Andar
Bairro Jardim Faculdade
Tel.: (15)3333-2440
- **CAMPINAS**
Rua Baronesa Geraldo de Rezende, 191
Guanabara - Campinas/SP
Tel.: (19) 3741 2233
- **RIO DE JANEIRO**
Rua das Marrecas, 20, 2º Pavimento - Setor 3
Centro - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 3539 9288