



Minuta Contratual

NOSSO MÉDICO SP LESTE PME CP

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 + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS - PME (06.2024.001)**.

1. CARACTERÍSTICA DO PLANO

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Fator Moderador	Segmentação	Acomodação
NOSSO MEDICO SP LESTE PME CP ENF	498.801/24-9	Coparticipação + Franquia	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva

2. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: COLETIVA

2.1. O padrão de acomodação de cada plano observará sempre aquele previsto na tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICA DO PLANO da presente Condição Específica:

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

3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: MUNICIPAL

São Paulo

4. MECANISMO DE REGULAÇÃO**4.1. Habilitação para o atendimento:**

4.1.1. A **CONTRATADA** prestará os serviços assistenciais, em conformidade com as áreas de abrangência e de atuação dos planos contratados, através dos prestadores próprios e/ou credenciados, constantes no Manual de Orientação do Beneficiário, a ser disponibilizado para a **CONTRATANTE** ou no seu Portal, disponível no sítio eletrônico www.gndi.com.br.

4.1.2 Documentos exigidos:

Ao se habilitar para qualquer tipo de atendimento, o **Beneficiário** deverá apresentar:

- a) Cartão de Identificação do **Beneficiário** fornecido pela **CONTRATADA**, ou disponível no site ou no aplicativo NDI SP;
- b) Carteira de identidade (RG) com foto do **Beneficiário**-paciente e, no caso de menor, certidão de Nascimento e RG do acompanhante/responsável.

4.1.2.1. Casos de Atendimento que demandem autorização prévia da CONTRATADA:

a) Além dos documentos acima elencados nos itens **a** e **b**, o **Beneficiário** deverá apresentar Guia de solicitação médica, devidamente preenchida com o CRM do médico, e autorizada pela **CONTRATADA**.

4.1.3. A **CONTRATADA** se utiliza, obrigatoriamente, de processos de identificação biométrica e/ou token como forma de reconhecimento para acesso aos atendimentos por parte dos **Beneficiários**. O cadastramento inicial da identificação biométrica será realizado por ocasião do primeiro atendimento do **Beneficiário** junto à rede assistencial da **CONTRATADA**, sendo obrigatória a apresentação nessa oportunidade do RG do **Beneficiário**.

4.1.3.1. Eventual liberalidade por parte da **CONTRATADA** em dispensar o **Beneficiário** da obrigação de reconhecimento através do processo de identificação biométrica, não lhe garante o direito de pleitear a isenção definitiva de tal obrigação que, a qualquer tempo, poderá ser novamente exigida pela **CONTRATADA**.

4.1.3.2. Caso o **Beneficiário** apresente dificuldade de se identificar através do processo biométrico, deverá, obrigatoriamente, comparecer na Central de Atendimento da **CONTRATADA** para proceder com o recadastramento de suas digitais, nos termos previstos nos contratos que regulam os planos da **CONTRATADA**.

4.1.3.2.1. Se verificada pela **CONTRATADA** a impossibilidade de reconhecimento das digitais do **Beneficiário**, a **CONTRATADA** orientará, a seu critério, como será procedida a identificação do **Beneficiário** e os procedimentos que deverão ser adotados.

4.2. ATENDIMENTO ELETIVO - O atendimento eletivo reger-se-á pelas seguintes condições:

4.2.1. CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS - Todo atendimento referente a consultas médicas eletivas deverá ser realizado através dos médicos e entidades indicadas no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da **CONTRATADA**, mediante marcação prévia nos canais telefônicos e/ou digitais, conforme as regras e critérios estabelecidos nos seguintes subitens:

4.2.1.1. CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS NA ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - Todos os atendimentos referentes às consultas eletivas nestas especialidades serão realizados pela equipe primária “Nosso Médico”. Se o médico entender pela necessidade de encaminhamento para outra especialidade médica, deverá realizar em guia própria via sistema.

4.2.1.2. CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS NAS ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA E OFTALMOLOGIA - Os atendimentos eletivos nestas especialidades poderão ser agendados diretamente através da central telefônica e pelos meios eletrônicos (site, app e totem). Os especialistas dessas áreas deverão contrarreferenciar os pacientes à equipe primária para continuidade do cuidado.

4.2.1.3. CONSULTAS ELETIVAS NAS DEMAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS - Todos os demais atendimentos de consultas eletivas nas outras especialidades médicas serão agendados apenas mediante encaminhamento da equipe “Nosso Médico”. Após encaminhamento da Equipe, o cliente tem até 60 (sessenta) dias para realizar o agendamento da consulta com a especialidade encaminhada e até 60 (sessenta) dias, após a primeira consulta, para agendar o retorno, se necessário. O agendamento pode ser realizado através da central telefônica e pelos meios eletrônicos (site, app e totem). Os especialistas dessas áreas deverão contrarreferenciar os pacientes à equipe primária para continuidade do cuidado.

4.2.1.4. CONSULTAS ELETIVAS PARA OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO ESPECÍFICA - Os atendimentos eletivos e os encaminhamentos para outras especialidades seguirão as regras de cada programa.

4.2.1.5. CONSULTAS ELETIVAS DE RETORNO APÓS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - Todos os atendimentos de consultas eletivas referentes a retornos cirúrgicos, para o especialista, estão liberados por 30 dias após a alta da cirurgia, sem necessidade de encaminhamento.

4.2.1.6. CONSULTAS ELETIVAS DE TRATAMENTO CONTINUADO - São considerados tratamentos continuados os atendimentos dos pacientes oncológicos, em hemodiálise e em uso de imunobiológicos. Para estes, após o primeiro encaminhamento da equipe primária “Nosso Médico” e realização do primeiro atendimento nas especialidades Mastologia, Nefrologia, Oncologia Clínica, Radioterapia e Reumatologia, o agendamento das consultas seguintes ficarão livres nos canais de marcação, não havendo necessidade de novos encaminhamentos.

4.2.2. EXAMES COMPLEMENTARES ELETIVOS - Os exames complementares, solicitados pela equipe “NOSSO MÉDICO” e demais profissionais elencados nos itens 4.2.1.2. e 4.2.1.3. acima, dar-se-ão, exclusivamente, nas unidades mencionadas no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da **CONTRATADA** para as especialidades previstas.

4.2.2.1. O uso dos serviços em atendimento eletivo, para serviços de apoio diagnóstico depende da Guia de Solicitação/Autorização da **CONTRATADA**. Alguns exames solicitados pelos médicos da **CONTRATADA** poderão já ter previa autorização.

4.2.2.2. Procedimentos e Exames complementares que dependem de autorização prévia:

- a) Ultrassonografia, mamografia, anatomopatológico, cardiológico, hormonais, cariótipos;
- b) Das especialidades médica de oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, urologia, fisioterapia, medicina nuclear, radiologia intervencionista (inclusive angiologia) e neurorradiologia;
- c) Tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, mielografias;
- d) Exames por videoscopia;
- e) Endoscopias diagnósticas e terapêuticas;
- f) Hemodinâmica, litotripsia, escleroterapia de varizes;
- g) Das especialidades odontológicas de Radiologia, Dentística, Periodontia e Endodontia;
- h) Procedimentos de alta complexidade (PAC);
- i) Demais exames especializados e cirurgias ambulatoriais, existentes ou que vierem a ser incluídos no ROL de procedimentos da ANS.

4.2.2.3. Quando da solicitação de procedimentos por profissionais da rede própria, poderá ser dispensada, a critério da operadora, a necessidade de autorização prévia dos Exames e Procedimentos Especializados;

4.2.2.4. Ao receber a guia de solicitação do seu médico, o **Beneficiário** deverá verificar se já consta uma pré-senha; se positivo, não será necessária autorização prévia da operadora;

4.2.2.5. Os procedimentos de alta complexidade (PAC) necessitam de autorização prévia.

4.2.3. PROCEDIMENTOS CIRURGICOS ELETIVOS - Todas as solicitações de procedimentos cirúrgicos eletivos dependem de autorização prévia. A solicitação deverá ser feita na central de atendimento e pelos meios eletrônicos (site, app e totem) da **CONTRATADA**, através da apresentação da guia de solicitação (TISS) e exames/relatórios médicos comprobatórios à solicitação.

4.2.3.1. A internação será efetuada nas dependências dos hospitais indicados pela Operadora constantes da sua Rede, de acordo com o plano do **Beneficiário** e seu padrão de acomodação.

4.2.4. No produto “NOSSO MÉDICO” não há cobertura de diagnóstico ou tratamento de doenças ocupacionais ou laborais. O profissional Médico da família, não está habilitado a elaborar laudos, encaminhamentos, conceitos médicos para tratamento e diagnóstico ligados à medicina ocupacional laboral.

4.3. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

4.3.1. Os procedimentos que dependem de autorização prévia deverão ser solicitados pelo beneficiário nas centrais de atendimento ou postos de autorização da **CONTRATADA**, nos horários estabelecidos. Nas localidades onde não exista central de atendimento ou posto de autorização da **CONTRATADA**, a autorização eletiva deverá ser solicitada pelo prestador executante. Em caso de dúvidas, o **Beneficiário** deverá entrar em contato com o SAC da **CONTRATADA**.

4.3.2. Ao **Beneficiário** será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

4.3.3. Nos casos em que dependam de autorização prévia, a **CONTRATADA** poderá exigir que o **Beneficiário** seja avaliado por médico ou odontólogo auditor ou, ainda, que apresente relatórios do seu médico ou odontólogo assistente, resultados de exames porventura realizados ou outros documentos necessários à avaliação da solicitação médica ou odontológica, ficando este ciente de que, havendo recusa à tal avaliação ou à apresentação da documentação solicitada, a solicitação de autorização ficará pendente até que o **Beneficiário** seja avaliado pela Auditoria da **CONTRATADA** ou apresente a documentação requerida.

4.3.4. O fato de o profissional solicitante não fazer parte da rede assistencial da **CONTRATADA** não constitui, por si só, motivo de negativa de autorização de procedimento por parte desta.

4.3.5. A impossibilidade de negativa de autorização em virtude de o profissional solicitante não pertencer à rede assistencial da **CONTRATADA**, não pressupõe o direito do **Beneficiário** à realização do procedimento com o profissional não credenciado às expensas da **CONTRATADA** e nem o exime da obrigação de submeter-se às regras de Auditoria e demais condições previstas no presente instrumento.

4.3.6. Ao receber a solicitação de profissional não pertencente à sua rede assistencial, a **CONTRATADA**, através de sua Auditoria, analisará se o procedimento é devido, de acordo com as condições contratuais e legais de cobertura. Se o procedimento for de cobertura obrigatória, a **CONTRATADA** autorizará o procedimento para um profissional pertencente à sua rede assistencial, devidamente habilitado para a sua realização, cabendo ao **Beneficiário** procurar o referido profissional e agendar diretamente com ele o procedimento.

4.3.7. Dependendo da natureza do procedimento, o profissional disponibilizado pela **CONTRATADA** poderá solicitar avaliação ou consulta prévia do **Beneficiário**, o que não constituirá qualquer óbice por parte da **CONTRATADA** à cobertura pretendida.

4.3.8. A **ASSISTÊNCIA INTEGRAL**, incluindo, mas não se limitando, a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo de transtornos globais do desenvolvimento, compreendendo ainda métodos e técnicas de transtorno do espectro autista, será garantida ao **Beneficiário** exclusivamente através de profissional habilitado pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA** ofertado para a realização do procedimento.

4.3.9. Os prestadores hospitalares integrantes da rede de atendimento da **CONTRATADA** não estão obrigados a autorizar profissionais não pertencentes aos seus respectivos corpos clínicos, com o devido embasamento ético-legal, a realizarem procedimentos clínicos ou cirúrgicos em suas dependências.

4.4. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - Ao necessitar de atendimento de consultas médicas de urgência ou emergência o **Beneficiário** deverá:

- a) Utilizar os serviços através dos Prontos Socorros indicados para tal no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da **CONTRATADA**, observando-se as situações descritas na cláusula de Urgência/Emergência;
- b) Após o atendimento ambulatorial, caso seja verificada a necessidade de internação, esta será garantida independentemente de autorização prévia, em conformidade com a CONSU 08/98, art. 2º, inciso V, devendo o prestador, no entanto, solicitar a autorização da internação, de imediato, à Central de Atendimento da operadora, quando da indicação médica.
- c) As autorizações para internações nos casos de urgência e emergência estarão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária, nos termos da CONSU No. 13, conforme previsto no contrato.

4.5. REDE ASSISTENCIAL DA CONTRATADA - A rede de prestadores da **CONTRATADA** constará do Manual de Orientação do Beneficiário, que será atualizado periodicamente, podendo ser, ainda, consultada através do sítio eletrônico: www.gndi.com.br.

4.5.1. A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os serviços constantes do mencionado Manual de Orientação do Beneficiário, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados, preservando-se a equivalência destes, bem como assegurando o conhecimento prévio do **Beneficiário**, nos termos da legislação.

4.5.2. Dada a natureza do Modelo Assistencial, ao consultar a rede no site, o **Beneficiário** observará que para as demais especialidades, exceto Ginecologia e Oftalmologia, todas as indicações de prestadores serão direcionadas para a equipe do produto Nosso Médico.

4.6. CENTRAL DE ATENDIMENTO “NOSSO MÉDICO” - Os canais de atendimento para os **Beneficiário** dos Produtos “NOSSO MÉDICO” são os canais digitais da **CONTRATADA** (site, app e totem).

4.6.1. Através desta Central Exclusiva, o **Beneficiário** poderá:

- a) Agendar consultas e exames.
- b) Receber orientações sobre o funcionamento do seu plano
- c) Tirar dúvidas.
- d) Fazer outras solicitações relativas ao Produto “NOSSO MÉDICO”.

4.6.2. Nos horários em que a central não estiver disponível, o **Beneficiário** ouvirá uma gravação orientando sobre os horários de funcionamento da central e orientações de como proceder para receber atendimento em caso de situações de urgência e emergência.

4.7. Mecanismos de Regulação: Coparticipação + Franquia

4.7.1. Entende-se como coparticipação a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, para o custeio de parte da despesa de determinado procedimento a ser realizado por ele ou seus dependentes.

4.7.2. Entende-se como franquias, nos termos da legislação e regulamentação vigentes, como o valor financeiro previamente estabelecido em contrato, até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de cobertura.

4.7.3. O pagamento da coparticipação pela **CONTRATANTE** deverá ser realizado no percentual e no limite máximo de cobrança previstos na **TABELA DE VENDAS, PROPOSTA COMERCIAL** ou nas Condições Gerais do Contrato ou eventual **ADITIVO** que são parte integrante e indissolúvel do presente Contrato e assinados pelas Partes.

4.7.4. As Partes esclarecem que a coparticipação é devida individualmente por cada consulta (eletiva ou urgência/emergência), exames (simples e complexos), sessões e terapias (simples e complexas), incluindo, mas não se limitando, a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo de transtornos globais do desenvolvimento, compreendendo ainda métodos e técnicas de transtorno do espectro autista.

4.7.5. Os valores a título de franquias e coparticipação constarão na **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO/COMERCIAL e/ou TABELA DE VENDAS** e/ou nas Condições Gerais do

Contrato ou eventual **ADITIVO** e serão anualmente reajustados de acordo com a data base e percentual aplicado às contraprestações pecuniárias mensais. Estes pagamentos serão efetuados por meios eletrônicos disponibilizados pela **CONTRATADA** quando forem realizados na rede própria.

4.7.6. Estabelecem as Partes que será devida a franquia e/ou coparticipação nas hipóteses em que a **CONTRATADA**, por mera liberalidade, vier a autorizar procedimentos não compreendidos nas coberturas previstas no presente Contrato, como, por exemplo, o home-care, assim entendidas as internações domiciliares, seja em substituição de internações hospitalares convencionais ou não.

5. SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

6. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

6.1. 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	0,00%
34 a 38 anos	0,00%
39 a 43 anos	18,77%
44 a 48 anos	30,00%
49 a 53 anos	30,00%
54 a 58 anos	30,00%
59 anos ou +	44,13%

7. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

7.1. Para os planos previstos na presente Condição Específica serão disponibilizados os Benefícios Adicionais a seguir:

7.1.1. Clube de Vantagens e Benefícios - Exclusivo clube de vantagens e benefícios com descontos nas áreas de alimentação, lazer, saúde e bem-estar, medicamentos e outros.

7.1.2. Centro de Oncologia - Ala de Oncologia SMART - Os **Beneficiários** terão à disposição uma moderna e exclusiva ala especializada no atendimento oncológico e quimioterápico, com equipe médica multidisciplinar especializada que proporciona todo o suporte e segurança aos pacientes.

7.1.3. Medicina Preventiva - A **CONTRATADA** disponibilizará aos **Beneficiários**, um conjunto de programas pioneiros que promove a qualidade de vida e o bem-estar dos **Beneficiários** por meio da adoção de hábitos saudáveis. Entre os programas desenvolvidos pela **CONTRATADA**, destacam-se os seguintes:

- a) Medicina Preventiva (Qualivida);
- b) Programa de Gestação Segura;
- c) Preventiva Premiada;
- d) Programa de Apoio ao Paciente com Doenças Cr nicas;
- e) Programa de Assistência ao Idoso;
- f) Casos de Alta Complexidade.

7.1.3.1. As informações sobre disponibilidade dos programas em cada localidade, bem como demais informações, podem ser obtidas na Central de Atendimento Telef nico ou no portal do grupo.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. As partes têm entre si como justo e acertado a implementação de um modelo assistencial de saúde preventivo, eficiente e sustentável, no que diz respeito   atenção integral   saúde do beneficiário, bem como o uso consciente dos serviços contratados por parte dos beneficiários do **CONTRATO**, que corrobora para o incremento do nível de saúde da população abrangida e tem como subproduto um acesso amplo e economicamente viável para as partes envolvidas na presente contratação.

8.2. Este modelo assistencial, caracteriza-se pelo atendimento, acompanhamento e atenção da população assistida por um MÉDICO DE FAMÍLIA ao qual o beneficiário será vinculado e que se responsabilizará pela gestão da saúde deste beneficiário. Esta gestão da saúde se caracteriza pela análise da saúde dos beneficiários, acompanhamento das patologias encontradas, orientação de práticas preventivas, solicitação de todos os procedimentos preventivos ou diagnósticos necessários e, sendo necessário, encaminhamento do beneficiário para outro especialista.

8.3. Caberá   **CONTRATANTE** orientar, conscientizar e promover a adesão e utilização do modelo assistencial proposto aos seus empregados, que deverá fazer parte de suas políticas internas de concessão de benefícios, uma vez que este modelo tem como objetivo garantir aos beneficiários uma assistência cada vez mais individualizada, eficiente, acessível e viável do ponto de vista econ mico para as partes envolvidas.

8.4. Eventuais divergências com as disposições das **CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO**, exclusivamente para o produto “Nosso Médico”, prevalecerão as estabelecidas neste **INSTRUMENTO**.

8.5. Aplicam-se a este plano as demais cláusulas e Condições Gerais do Contrato de Assistência   Saúde - **06.2024.001** - Coletivo Empresarial na Segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponível no portal da **CONTRATADA**: www.gndi.com.br.



WWW.GNDI.COM.BR



hapvida



NotreDame
Intermédica