

CONDIÇÕES GERAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - 08.2024.001
NOSSO MEDICO AMERICANA PF CP ENF - INDIVIDUAL OU FAMILIAR
SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

ÍNDICE

Capítulo I - Definições	4
Capítulo II - Contrato de assistência à saúde individual/familiar na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.....	8
1. Do Objeto	8
2. Da Natureza Contratual	8
3. Características do Plano Contratado	8
4. Condições de Admissão	8
5. Duração do Contrato	10
6. Coberturas	10
7. Atendimento de Urgência e Emergência	15
8. Remoções Inter-Hospitalares Terrestres	20
9. Garantia do Atendimento	20
10. Exclusões de Cobertura	21
11. Períodos de Carências	23
12. Doença e Lesão Preexistente	23
13. Mecanismos de Regulação	24
14. Contraprestação Pecuniária	28
15. Reajuste Anual da Contraprestação Pecuniária Mensal	28
16. Reajuste por Mudança de Faixa Etária	29
17. Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário	29
18. Rescisão	30
19. Política de Proteção dos Dados	30
20. Disposições Gerais	31
21. Foro	32

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES

1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Território em que a NOTREDAME INTERMÉDICA se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Beneficiário. Essa área poderá ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

2. ACIDENTE PESSOAL

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do beneficiário, ou que torne necessário tratamento médico hospitalar e/ou de urgência e emergência.

3. ACOMODAÇÃO COLETIVA

É o tipo de acomodação hospitalar em quartos não privativos, com dois ou mais leitos, observadas as regras do Ministério da Saúde de acordo com a entidade hospitalar e seus parâmetros técnicos obrigatórios para assistência hospitalar.

4. ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

É o tipo de acomodação hospitalar em quarto e banheiro privativo, com direito a acompanhante (apartamento).

5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

É o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde privada, criado através da Lei nº 9.961 de 29/01/2000.

6. AGRAVO

Acréscimo temporário no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, que poderá ser oferecido ao consumidor a critério da NotreDame Intermédica, que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária.

7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

A área de atuação do plano são os Municípios ou Estados de cobertura do plano de acordo com a área geográfica de abrangência.

8. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

É o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultórios ou ambulatorios, ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia, desde que não necessitem de: a) internação; b) o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas; b) serviços de Unidades ou Centro de Terapia Intensiva – UTI ou unidades similares; c) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio; d) quimioterapia oncológica intra-tecal; ou e) embolizações.

9. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO DE SAÚDE

Consiste na avaliação e autorização prévia pela NOTREDAME INTERMÉDICA para realização de determinados procedimentos ou eventos em saúde, desde que formalmente solicitados pelo profissional assistente.

10. BENEFICIÁRIO

É a pessoa física contratante que terá direito às coberturas e serviços contratados.

11. CARÊNCIA

Período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

12. CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

É um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que visa orientar o Beneficiário sobre o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, se exigível, no momento da sua inclusão no Contrato.

13. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

É a carteira digital, individual e personalizada disponibilizada pela NOTREDAME INTERMÉDICA por meio do portal www.gndi.com.br, ou através do aplicativo GNDI Easy para cada Beneficiário incluído no Contrato que, junto com o documento de identificação oficial com foto, servirá para garantir o atendimento médico e/ou hospitalar a ser realizado pelo prestador de serviço pertencente à Rede Própria ou Credenciada.

14. COBERTURA

É a garantia de atendimento ao Beneficiário dos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Médicos, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar sem Obstetrícia, conforme estabelecido neste Contrato, respeitadas as exclusões de coberturas permitidas por Lei e previstas pelo contrato.

15. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

É a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, relacionadas às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

16. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

É a importância mensal fixada em moeda corrente, que deve ser paga na data do seu vencimento à NOTREDAME INTERMÉDICA pelo Contratante para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

17. CORPO CLÍNICO

É o conjunto de médicos que fazem parte da Rede Própria ou Credenciada da NOTREDAME INTERMÉDICA.

18. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

É o documento no qual o Proponente manifesta formal e contratualmente suas condições atuais e anteriores de saúde, bem como manifesta sua opção pela Cobertura Parcial Temporária para as doenças e lesões, por ventura declaradas.

19. DESPESA ASSISTENCIAL

É a despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas previstas neste Contrato.

20. DOENÇA

Alteração biológica do estado de saúde física ou mental do beneficiário, manifestada por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não, afetando o seu estado de saúde e que requeiram assistência à saúde.

21. DOENÇA CONGÊNITA

Doença com a qual a pessoa nasce, hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, e que pode ser detectada a qualquer tempo.

22. DOENÇA CRÔNICA

É a doença que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, geralmente deixa incapacidade residual e, na maioria das vezes não tem cura.

23. DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)

É aquela que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, à época da inclusão no plano privado de assistência à saúde.

24. ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS ESPECIALIDADES

São consideradas especialidades médicas básicas, as especialidades de Clínica Geral, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia. Demais especialidades, são consideradas todas as demais especialidades, devidamente regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

25. EXCLUSÕES DE COBERTURA

São os procedimentos e serviços de assistência à saúde de cobertura não obrigatória de acordo com a Lei 9656/98 e, elencados pelo contrato como exclusões contratuais.

26. EVENTO

Evento é a utilização de qualquer serviço de assistência à saúde, entre as coberturas contratadas, pelos Beneficiários.

27. GARANTIA DE TRANSPORTE

Obrigação condicionada à notificação prévia por parte do Beneficiário à Operadora, nos termos do contrato, consistente na garantia de transporte do Beneficiário, nas exatas condições e situações previstas na legislação e regulamentação vigente à época do evento, até o local da realização do serviço ou procedimento e o retorno ao local de origem. A escolha do meio de transporte ficará a critério da Operadora e será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do Beneficiário.

28. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC

Instrumento destinado a informar ao Beneficiário os principais aspectos do plano de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes. O GLC será entregue por meio digital ao Beneficiário juntamente com a Carteira Digital de Identificação.

29. HOSPITAL-DIA

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, e, que não se condiciona ao tipo de acomodação contratada.

30. INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos previstos na legislação e regulamentação vigente à época do evento, no município de demanda, respeitada a área de atuação do plano de saúde e de abrangência geográfica do plano contratado.

31. NOTREDAME INTERMÉDICA

É a pessoa jurídica de direito privado, com denominação social “NotreDame Intermédica Saúde S.A.”, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 359017 e classificada na modalidade Medicina de Grupo, com autorização de funcionamento para operar e oferecer Planos Privados de Assistência à Saúde.

32. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

É o período de atendimento prestado ao Beneficiário, por solicitação do médico assistente, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos e que se limita aos serviços exclusivamente prestados em hospitais.

33. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA

É a internação hospitalar cujo principal procedimento é o cirúrgico.

34. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA

É a internação hospitalar cujo principal procedimento é de ordem clínica.

35. INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA

É a internação hospitalar, cirúrgica ou clínica, que, não sendo de

36. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS

Instrumento destinado a informar aos Beneficiários os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do plano de saúde, e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

37. MUNICÍPIO DE DEMANDA

Local da federação onde o Beneficiário se encontra quando necessita do serviço ou procedimento em saúde. A NOTREDAME INTERMÉDICA só estará obrigada a prestar assistência nos municípios previstos na área de atuação do plano contratado.

38. PLANO CONTRATADO

É o plano registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com determinado conjunto de características refletidas neste Contrato, e de opção do Contratante de acordo com a Proposta de Contratação, cuja finalidade é garantir assistência médica aos Beneficiários incluídos, mediante o pagamento da contraprestação pecuniária mensal.

39. PROCEDIMENTOS

São todos os atos de assistência à saúde que têm por finalidade a manutenção, recuperação ou promoção do bem estar biológico, psicológico ou social do Beneficiário e que podem ser praticados em ambiente hospitalar ou não, dentre os quais, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, consultas, exames complementares, tratamentos externos e atendimentos em pronto-socorro ou outras unidades de saúde e remoção em ambulância.

40. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

São os procedimentos e Eventos em Saúde classificados pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela ANS como procedimentos de Alta Complexidade - PAC, que podem ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP.

41. PROCEDIMENTOS ELETIVOS

São aqueles que podem ser programados com antecedência, não se caracterizando como Urgência ou Emergência.

42. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Documento formal, parte integrante deste Contrato, preenchido e assinado pelo Beneficiário ou seu Representante Legal, no qual está expressa a intenção de contratar o Plano Privado de Assistência à Saúde manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos.

43. REDE CREDENCIADA

É a rede de prestadores de serviços de assistência e atenção à saúde contratada pela NOTREDAME INTERMEDICA para prestar assistência à saúde aos seus Beneficiários.

44. REDE PRÓPRIA

É a rede de serviços médico-hospitalares e de atenção à saúde cujas unidades pertencem à NOTREDAME INTERMÉDICA ou às empresas pertencentes ao Grupo NotreDame Intermédica, observada a cadeia de controle societário até o controlador final.

45. REGIÃO DE SAÚDE

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, segundo critérios definidos pela Agência Nacional de Saúde - ANS.

CAPÍTULO II - CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Por este instrumento de Contrato Principal, de um lado a **NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, com sede à Avenida Paulista, nº 867 - Bela Vista, na cidade de São Paulo, estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob o nº 44.649.812/0001-38 e registrada na ANS sob o nº 359017, classificada como medicina de grupo, neste ato, representada por seus Diretores, aqui denominada **CONTRATADA** e, de outro lado, o Proponente inscrito no Contrato, devidamente qualificado na Proposta de Adesão, aqui denominado **BENEFICIÁRIO** e/ou **CONTRATANTE**, têm entre si, justo e convencionado, o que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

1. DO OBJETO

É compromisso da **CONTRATADA**, garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos Beneficiários regularmente inscritos no plano, visando a Assistência Médica Hospitalar, com as coberturas constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, para as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

2. DA NATUREZA CONTRATUAL

2.1. Trata-se de um Contrato bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, com nos termos dos artigos 423 e 424 do Código Civil, estando também sujeito às disposições do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor - CDC), cujas cláusulas observam as regras da referida legislação e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tendo sido estabelecidas unilateralmente pela **CONTRATADA**, bem como a manifestação de vontade da **CONTRATANTE** se manifestará na assinatura da Proposta de Contratação.

2.2. Integram o presente Contrato, para os devidos fins, este documento, bem como todos os documentos complementares, como a Ficha de Inscrição Cadastral, Declarações Pessoais de Saúde de todos os Beneficiários (quando exigível) e a Tabela de Reembolso, que se encontra disponível para consulta no portal da **CONTRATADA**.

2.3. Exclusivamente nas hipóteses a **CONTRATADA** disponibilizar a comercialização eletrônica do plano objeto do presente Contrato, observada a legislação e regulamentação vigentes, poderá o proponente, desde que não tenha se utilizado dos serviços ora contratados, manifestar sua intenção de desistência em até 7 (sete) dias contados a partir da vigência inicial do presente Contrato.

2.3.1. Na hipótese de desistência prevista no item imediatamente anterior, a **CONTRATADA** obriga-se a devolver os valores efetivamente pagos pelo Proponente sem quaisquer ônus, ressalvada a possibilidade de desconto dos valores relativos ao custeio de eventos/procedimentos realizados pelo(s) beneficiário(s), limitado ao valor da multa rescisória prevista no presente Contrato.

3. CARACTERÍSTICAS DO PLANO CONTRATADO

3.1. NOME DO PLANO: NOSSO MEDICO AMERICANA PF CP ENF

3.2. NÚMERO DE REGISTRO: 498.745/24-4

3.3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Trata-se de plano no tipo de contratação Individual/familiar, firmado pela **CONTRATADA** com a pessoa física indicada na Proposta de Contratação e extensível exclusivamente aos dependentes descritos na cláusula 4. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO.

3.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Plano de Assistência Médica na Segmentação Assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

3.5. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: MUNICIPAL

MUNICÍPIOS: Americana (SP).

3.6. ACOMODAÇÃO HOSPITALAR: COLETIVA

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

4. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

4.1. Poderá ser admitido como beneficiário titular a pessoa física individualmente informada na Proposta de Contratação.

4.1.1. Além do titular do plano, serão admitidos beneficiários dependentes abaixo descritos e sempre considerando o vínculo com o beneficiário titular:

- a) O(a) cônjuge/companheiro(a) do Beneficiário Titular, na forma estabelecida pelo Código Civil;
- b) Os filhos, naturais e/ou adotivos, e enteados com até 49 (quarenta e nove) anos completos (49 anos, 11 meses e 29 dias) ou de qualquer idade se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;
- c) Os tutelados e os menores sob guarda nas mesmas condições previstas no item imediatamente acima e de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente;
- d) Agregados: os demais parentes do Beneficiário Titular, consanguíneos até o 3º (terceiro) grau ou por afinidade até o 2º grau.

4.1.2. Fica assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo, do Beneficiário Titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e alegação de Doença ou Lesão Preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

4.1.3. Se o Beneficiário Titular estiver cumprindo carência para cobertura obstétrica, após o cumprimento do prazo para internação, não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, para inclusão do recém-nascido natural, adotivo, sob guarda ou tutela, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano, assim como estará garantida a sua inscrição sem a necessidade de cumprimento de carência ou de Cobertura Parcial Temporária. Caso o nascimento ocorra quando o Beneficiário Titular ainda se encontrar sob carência para internação, o direito do recém-nascido observará o prazo restante para o cumprimento da carência do Beneficiário Titular.

4.1.4. O menor de 12 (doze) anos de idade adotado, sob guarda ou sob tutela, se inscrito até 30 (trinta) dias após a concessão da adoção, guarda ou tutela, aproveitará os períodos de carência, se aplicáveis, já cumpridos pelo Beneficiário titular adotante ou responsável legal.

4.2. Comprovação de Elegibilidade

4.2.1. A CONTRATADA exigirá do Proponente, no momento da inclusão, documentação comprobatória, conforme a seguir:

- a) Beneficiário com idade superior a 18 (dezoito) anos: cópia do documento de identidade oficial com foto e cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- b) Beneficiário com idade inferior a 18 (dezoito) anos: somente poderão ser Beneficiários do presente contrato quando tiverem um responsável maior de idade, como Responsável Financeiro;
- c) Documento comprobatório de todas as informações exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme legislação vigente.

4.2.2. Além dos documentos acima descritos, para inclusão dos beneficiários dependentes será exigida apresentação de documentação conforme vínculo:

- a) Cônjuge: Certidão de Casamento;
- b) Companheiro(a): i) Escritura Pública de Declaração de União Estável emitida por Cartório de Títulos e Documentos, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou ii) Declaração Padrão fornecida pela CONTRATADA, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e

o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas; ou iii) Certidão de Nascimento de Filho em comum; ou iv) Designação em Carteira Profissional.

c) Filho(a): Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção;

d) Tutelado(a) e menor sob guarda: Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda;

e) Enteadado(a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos obrigatórios para comprovação do vínculo de companheiro(a) elencados neste Contrato;

f) Agregados: toda e qualquer documentação oficial que comprove o parentesco com o Beneficiário Titular observados os limites previstos na alínea “d” do item 4.1.1 acima, compreendendo, mas não a estas limitadas, certidões de nascimento, casamento, assim como documentos de identidade com foto.

4.2.3. O Beneficiário ou seu Representante Legal ou Financeiro assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas, incluindo as exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

4.2.4. Nas hipóteses de incapacidade civil, para contratação será exigida a representação legal por uma pessoa física maior de idade ou emancipada, que assumirá responsabilidade pelas informações prestadas e pelas obrigações financeiras decorrentes do presente contrato.

4.3. Alteração de plano: na hipótese de alteração de plano para outro plano comercializado pela CONTRATADA em que seja garantido acesso à rede de prestadores próprios ou credenciados não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, serão aproveitados os prazos de carências já cumpridos pelo Beneficiário, contudo será aplicada carência de 180 (cento e oitenta) dias exclusivamente para a nova rede de prestadores credenciados ou próprios e para a acomodação superior em caso de internações.

4.3.1. O prazo de carência previsto no item imediatamente anterior não será aplicável à rede de prestadores próprios ou credenciados e padrão de acomodação em internações constantes do plano anterior, observados eventuais prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário naquele plano.

4.3.2. Em caso de alteração de plano, fica consignado que todos os Beneficiários serão automaticamente transferidos para este novo plano.

5. DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, com renovação automática com prazo indeterminado após esse período, isenta de taxas ou cobranças. A sua vigência inicial terá validade a partir da sua assinatura ou de seu pagamento, o que ocorrer primeiro.

6. COBERTURAS

6.1. Ao Beneficiário, inscrito no Contrato de Assistência à Saúde, fica garantida a cobertura dos itens constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, CID 10 – 10ª Revisão e suas atualizações, da Organização Mundial de Saúde – OMS, e para todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, atendendo o município onde o Beneficiário demandar, respeitando a abrangência geográfica e área de atuação do produto contratado. O referido Rol de Procedimentos está disponível o site da ANS, no endereço: www.ans.gov.br.

6.1.1. Será assegurado o atendimento aos Beneficiários na rede própria da CONTRATADA, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica do plano, independentemente do local de origem do evento, respeitados os critérios previstos na legislação e regulamentação vigente à época do evento, quando for o caso.

6.1.2. A CONTRATADA garantirá a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

6.1.2.1. Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde e suas atualizações.

6.1.3. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

editado pela ANS vigente à época do evento.

6.1.3.1. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

6.1.4. Será garantida cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, que envolvem atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento.

6.1.4.1. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos na legislação e regulamentação vigente à época do evento.

6.1.4.2. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, conforme as Diretrizes de Utilização Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento.

6.1.5. Serão garantidas taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na regulamentação do setor de saúde suplementar e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento, desde que, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA e respeitados as regras de carência e Cobertura Parcial Temporária, quando cabíveis.

6.1.6. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998 e suas atualizações, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica (aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos) que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

6.2. Cobertura Ambulatorial

Compreende as consultas médicas em clínicas ou consultórios, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, terapias e demais procedimentos, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento como próprios da segmentação ambulatorial. Haverá cobertura para os seguintes itens elencados abaixo, sem prejuízo das demais coberturas ambulatoriais previstas e classificadas pelo referido Rol à época do evento, e, não trazidas nesse contrato.

6.2.1. Consultas Médicas

6.2.1.1. A **CONTRATADA** garantirá cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em todas as especialidades constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, inclusive nos casos de urgência e emergência, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, conforme artigo 12, I, “a” da Lei 9656/98 e suas atualizações.

6.2.1.2. A **CONTRATADA** priorizará, nos casos dos portadores de transtornos mentais, o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

6.2.2. Cobertura de serviços auxiliares de diagnose e terapias

6.2.2.1. Serão garantidos serviços de apoio diagnóstico terapêutico, tratamentos, terapias e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação ou que exija forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio.

6.2.2.2. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

6.2.2.3. Serão garantidas consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, conforme indicação do médico.

6.2.2.3.1. Será garantida a cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento que poderão ser realizados

tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme critérios definidos na legislação vigente.

6.2.2.4. Serão garantidos os seguintes procedimentos considerados especiais: i) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; ii) quimioterapia oncológica ambulatorial, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, que necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde; iii) cobertura de 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, respeitando, preferencialmente, as seguintes características: medicamento genérico e fracionado; iii) radioterapia ambulatorial; iv) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais; v) hemoterapia ambulatorial.

6.2.3. Cirurgias Ambulatoriais

6.2.3.1. Serão garantidas cirurgias ambulatoriais de menor complexidade, passíveis de serem realizadas com anestesia local, bloqueio ou sedação, incluindo cirurgias oftalmológicas.

6.3. Cobertura Hospitalar

Compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, observadas as seguintes coberturas obrigatórias abaixo elencadas desde que previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento como próprios da segmentação hospitalar, sem prejuízo das demais coberturas hospitalares previstas e classificadas pelo referido Rol à época do evento, e, não trazidas nesse contrato.

6.3.1. Internação em número ilimitado de dias todas as modalidades de internação clínica e cirúrgicas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, conforme padrão de acomodação contratado, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico.

6.3.2. Internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similar, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente conforme art. 12 II “b” da Lei 9656/98 e suas atualizações.

6.3.3. Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, desde que o referido tratamento esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e, que tenham sido observadas as regras de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

6.3.4. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

6.3.5. Hospital-dia (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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

6.3.6. Exames indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, observados os critérios estabelecidos pela regulamentação do setor em vigor;

6.3.7. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

6.3.7.1. 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 vigente à época do evento;

6.3.7.2. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação 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.

6.3.7.3. Caso o profissional assistente não indique as 03(três) marcas ou a **CONTRATADA** discorde das marcas indicadas, será Instaurada Junta Médica ou Odontológica para solucionar a divergência quanto ao material solicitado.

6.3.7.4. A **CONTRATADA** se obrigará ao parecer do profissional desempassador, seja pela cobertura ou pela não

realização do procedimento solicitado, sem prejuízo de consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica.

6.3.8. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos: a) crianças e adolescentes menores de 18 anos; b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e c) pessoas com deficiência;

6.3.9. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta RN, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no art. 5º, 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;

6.3.10. Cobertura da 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;

6.3.10.1.1. Nos casos de atendimento odontológico, caberá ao cirurgião-dentista assistente e/ou médico assistente avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

6.3.10.1.2. 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 serão cobertos.

6.3.11. A **CONTRATADA** garantirá a participação de um profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento, no caso de indicação clínica.

6.3.12. Serão cobertos procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência hospitalar:

6.3.12.1.1. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

6.3.12.1.2. Quimioterapia oncológica;

6.3.12.1.3. Procedimentos Radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos à época do evento;

6.3.12.1.4. Hemoterapia;

6.3.12.1.5. Nutrição parenteral ou enteral;

6.3.12.1.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

6.3.12.1.7. Embolizações e radiologia intervencionista;

6.3.12.1.8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

6.3.12.1.9. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

6.3.12.1.10. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos Beneficiários submetidos a transplante de rim, córnea e medula óssea autólogo ou alogênico, exceto medicação de manutenção.

6.3.13. Quando o Beneficiário optar por acomodação superior à do seu plano, arcará com o pagamento das diferenças de custos médicos hospitalares.

6.3.13.1. Para os planos com direito à acomodação Coletiva, havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos da rede assistencial do plano, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, durante o prazo em que não estiver disponível a acomodação prevista pelo plano contratado.

6.3.14. Internações Psiquiátricas

6.3.14.1. Os Beneficiários terão direito a todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

6.3.14.2. Internações hospitalares em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos.

6.3.14.3. Nos casos em que o Beneficiário ultrapassar os 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, será cobrada a coparticipação por dia de internação a partir do 31º dia, sobre as despesas hospitalares, conforme quadro abaixo.

EVENTO	% DE COPARTICIPAÇÃO
Internação Psiquiátrica	50% (cinquenta por cento) após os primeiros 30 (trinta) dias de internação por ano de Contrato.

6.3.14.4. A coparticipação nas internações psiquiátricas não caracterizará o financiamento integral da internação e está de acordo com o percentual máximo estabelecido no normativo vigente.

6.3.14.5. Ficarão garantidos aos Beneficiários, o atendimento e acompanhamento em regime de hospital-dia psiquiátrico, segundo rede de prestadores do seu plano, desde que observados pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
- b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor – CID F30 e F31);
- d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

6.3.15. Transplantes de rim, córnea e medula óssea autólogo ou alogênico.

6.3.15.1. Estão cobertas as despesas com os procedimentos médicos relacionados aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época, incluindo:

- a) Despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e 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;
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

6.3.15.2. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

6.3.15.2.1. Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

6.3.15.2.2. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

6.3.15.2.3. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a) determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
- b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o

receptor.

6.3.15.2.4. Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições previstas na legislação e regulamentação vigente à época do evento, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e CPT.

6.3.16. Cirurgia plástica reparadora e reconstrutiva

6.3.16.1. Serão garantidas as cirurgias reparadoras que visem restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, desde que previstas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época da solicitação do evento.

6.3.16.1.1. Além da cobertura de cirurgia plástica reparadora, a **CONTRATADA**, através dos médicos por ela indicados, prestará serviços de 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.

6.4. Cobertura Obstétrica

6.4.1. Gravidez e Parto

6.4.1.1. A **CONTRATADA** garantirá a Beneficiária a cobertura de todos os procedimentos na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto garantindo:

6.4.1.1.1. Um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, por 48 (quarenta e oito) horas, ou até 10(dez) dias, quando indicado pelo médico assistente; com cobertura de todas as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação.

6.4.1.1.2. Assistência pré-natal: compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;

6.4.1.1.3. Assistência ao parto: normal ou cesariana por equipe especializada, em hospital e maternidade da Rede Própria, ou Credenciada;

6.4.1.1.4. Puerpério: nos Centros Clínicos próprios ou consultórios credenciados da **CONTRATADA**;

6.4.1.1.5. Assistência neonatal: os recém-nascidos terão direito à assistência dada pelos pediatras nos berçários do hospital ou maternidade;

6.4.1.1.6. Intercorrências na gravidez e suas complicações.

6.4.1.1.7. O parto normal listado no Rol de Procedimentos Médicos poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

6.4.2. Assistência ao recém-nascido

Fica garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, Titular, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

7. Atendimento de Urgência e Emergência

7.1. É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do Beneficiário até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observados os períodos de carência e cobertura parcial temporária, quando existentes e, observadas as definições seguintes:

I – Urgência: entendida como os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II – Emergência: definida como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

7.2. Será garantido o para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

7.3. Os Beneficiários terão direito ao atendimento nos casos de urgência ou emergência comprovada durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos pront-socorros da Rede Própria vinculados ao plano contratado e indicados pela **CONTRATADA**.

7.4. Será garantida a cobertura de remoção para outra unidade de atendimento da rede do plano contratado apta a garantir o atendimento, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

7.5. Os atendimentos de urgência e emergência no decorrer dos períodos de carência para internação terão cobertura limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que seja solicitada a internação.

7.5.1. Nas hipóteses previstas na cláusula 7.5 será garantida a remoção do beneficiário, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para a garantia da continuidade de atendimento.

7.5.2. Se não for possível a remoção sem risco de vida ao Beneficiário, o Beneficiário e seus familiares deverão negociar com o prestador de serviço a continuidade do atendimento e a responsabilidade deste, hipótese que a NOTREDAME INTERMÉDICA estará desobrigada de qualquer ônus.

7.5.3. Caso o beneficiário possua condições de ser removido, porém por opção própria ou se seus familiares seja manifestada a intenção de permanecer na unidade de atendimento ou houver recusa na remoção para o SUS, a NOTREDAME INTERMÉDICA estará desobrigada da cobertura contratual para a continuidade do atendimento e, Beneficiário e seus familiares deverão negociar com o prestador de serviço a responsabilidade financeira correspondente.

7.5.4. Caso o beneficiário possua condições de ser removido, porém por opção própria ou se seus familiares seja manifestada a intenção de remoção para outra unidade de serviço, pertencente ou não a rede assistencial dos plano contratado, deverá assinar Termo de Responsabilidade pela referida opção e, a NOTREDAME INTERMÉDICA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

7.6. Será garantida a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver opção de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

7.6.1. Os atendimentos de urgência e emergência previstos na cláusula 7.6 serão limitados às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que sejam solicitados eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e ou procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

7.6.2. Às hipóteses previstas na cláusula 7.6 são aplicáveis as regras previstas nas cláusulas 7.5.1 a 7.5.4 deste contrato.

7.7. Os Beneficiários terão direito ao reembolso das despesas relacionadas nos casos de urgência ou emergência comprovada, dentro da abrangência geográfica e condições do plano contratado, nos termos do artigo 12, inciso IV da Lei nº 9656/98 e suas atualizações, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial da **CONTRATADA**, tendo como limite financeiro de reembolso os múltiplos estabelecidos na seguinte tabela:

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS		
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO		MÚLTIPLOS
COBERTURAS HOSPITALARES E DIÁRIAS	Diárias e taxas hospitalares	1 x TNDI
	Serviços auxiliares de diagnose e terapias	1 x TNDI
	Honorários médicos	1 x TNDI
COBERTURAS AMBULATORIAIS E TAXAS	Consultas médicas	1 x TNDI
	Exames	1 x TNDI
	Terapias	1 x TNDI

7.7.1. Serão cobertos os materiais e medicamentos utilizados ou ministrados dentro do período de internação hospitalar ou atendimentos em pronto-socorro, desde que previstos em contrato, medicamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

vigente à época do evento, sendo reembolsados de acordo com os valores negociados com o prestador de serviços e não serão superiores aos constantes no Brasíndice e Simpro respectivamente, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU nº 08, alterada pela Resolução CONSU nº 15 e suas atualizações.

7.7.1.1. Estão excluídos os medicamentos importados não nacionalizados, que não terão cobertura, de acordo com o disposto no artigo 10, inciso V da Lei nº 9.656/98 e suas atualizações.

7.7.2. As despesas médicas pagas diretamente pelo Beneficiário com os serviços de assistência à saúde cobertos por este Contrato, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta médica, com base na Tabela de Procedimentos Médicos da NOTREDAME INTERMÉDICA, cujo valor não será inferior ao da Tabela praticada pela NOTREDAME INTERMÉDICA junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo Beneficiário.

7.7.2.1. A Tabela de Procedimentos Médicos da NOTREDAME INTERMÉDICA será em Cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos referentes a esta tabela, o Beneficiário poderá contar a Central de Atendimento da NOTREDAME INTERMÉDICA.

7.7.2.2. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos prestados ao Beneficiário com serviço de assistência à saúde coberta pelo Contrato, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador à NOTREDAME INTERMÉDICA, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela de Procedimentos Médicos será faturada para o Beneficiário, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

7.7.3. Para efeito do cálculo dos valores de reembolso, a USNDI – Unidade de Serviço NOTREDAME INTERMÉDICA tem seu valor fixado inicialmente em R\$ 1,00 (um real).

7.7.3.1. O cálculo do reembolso será feito através da seguinte fórmula:

$$\text{REEMBOLSO} = \text{Nº de USNDI} \times \text{Valor USNDI} \times \text{Múltiplo do Reembolso} + \text{UCO (quando aplicável)}$$

Onde:

Nº de USNDI (Unidade de Serviço NOTREDAME INTERMÉDICA): é o quantitativo apresentado na TNDI para o respectivo procedimento.

Valor da USNDI: é o valor em reais da unidade monetária usada para o cálculo do valor devido como reembolso.

Múltiplo do Plano: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre o Nº de USNDI, indicará o valor de reembolso.

UCO (Unidade de Custo Operacional): é o valor em reais a ser incluído ao cálculo do reembolso dos exames, terapias e procedimentos.

Exemplos:

a) Consulta médica

Quantidade de USNDI, conforme Tabela de Reembolso (TNDI): 75

Valor em moeda corrente da USND: R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano: 1X TNDI

Valor do reembolso = $75 \times 1,00 \times 1 = \text{R\$ } 75,00$

b) Eletrocardiograma Convencional (de até 12 derivações)

Quantidade de USNDI, conforme Tabela de Reembolso (TNDI): 19,03

Valor em moeda corrente da USND: R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Exames do plano: 1X TNDI

UCO em moeda corrente (Exames): R\$7,95

Valor do reembolso = $19,03 \times 1,00 \times 1 + 7,95 = \text{R\$ } 26,98$

c) Terapia (por sessão)

Quantidade de USNDI, conforme Tabela de Reembolso (TNDI): 59,38

Valor em moeda corrente da USND: R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Terapias do plano: 1X TNDI

UCO em moeda corrente (Terapias): R\$8,48

Valor do reembolso = $59,38 \times 1,00 \times 1 + 8,48 = \text{R\$ } 67,86$

7.7.3.2. Em nenhuma hipótese o valor a ser reembolsado superará o total do valor apresentado das despesas, mesmo que o limite financeiro de reembolso para o(s) procedimento(s) em questão seja(m) superior(es) ao(s) valor(es) apresentado(s).

7.7.3.2.1. O reajuste do valor da USNDI para cálculo dos limites de reembolso considerará a variação dos custos médico-hospitalares dos procedimentos cobertos por este contrato, não estando de qualquer forma vinculado a periodicidade ou ao índice de reajuste anual de variação de custos do contrato.

7.7.4. Solicitação de reembolso

O Beneficiário, para obtenção do reembolso previsto no item anterior, deverá obedecer aos seguintes requisitos.

7.7.4.1. O Beneficiário ou seu responsável deverá obrigatoriamente apresentar a relação dos documentos abaixo para a solicitação do reembolso de acordo com o referido atendimento.

7.7.4.2. O pedido de reembolso somente será processado a partir da data de entrega total dos documentos obrigatórios previstos neste contrato.

7.7.4.3. O prazo para solicitação do reembolso será de até 01 (um) ano, contado a partir da data do início do atendimento, sob pena de prescrição do direito de reembolso das despesas efetuadas.

7.7.4.4. Para um mesmo atendimento, não serão aceitos 02 (dois) ou mais recibos.

7.7.4.5. Todas as solicitações de reembolso dos atendimentos de urgência e emergência deverão ser acompanhadas obrigatoriamente de Relatório Médico que justifique a situação de urgência e emergência e a solicitação dos procedimentos realizados, conforme previsto na cláusula 7.1. deste contrato, bem como conter especificamente:

- a) Nome completo do Beneficiário;
- b) Hipótese diagnóstica que motivou o atendimento (CID 10), desde que autorizado pelo Beneficiário;
- c) Data da elaboração do relatório médico;
- d) Carimbo com nome completo do médico, nº do CRM, especialidade e assinatura;
- e) Endereço e telefone para contato com o médico assistente, caso necessário.

7.7.4.6. Seguem abaixo a relação de documentos necessários para a solicitação de reembolso de acordo com o atendimento prestado.

I) Consultas médicas de urgência e emergência – os recibos em impresso próprio do prestador ou notas fiscais originais e quitadas devem conter as seguintes especificações:

- a) Nome completo do Beneficiário;
- b) Local e data de realização/atendimento;
- c) Valor cobrado (numérico e por extenso);
- d) Nome completo do médico (quando pessoa física) com número de CPF ou razão social da Clínica com o número do CNPJ e CNES, endereço completo e telefone;
- e) Especialidade médica, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico;
- f) Diagnóstico (CID 10), desde que autorizado pelo Beneficiário.

II) Exames complementares e tratamentos ambulatoriais/Terapias – os recibos em impresso próprio

do prestador ou notas fiscais originais e quitadas devem conter as seguintes especificações:

- a) Nome completo do Beneficiário;
- b) Local e data da realização de cada exame ou tratamento (nos casos de terapias seriadas, informar a data de realização de cada sessão e constar a assinatura do paciente nas mesmas – controle de frequência);
- c) Descrição completa de cada exame ou tratamento, informando a região corpórea (exames por imagem) com os respectivos valores individualizados, incluindo o número de sessões quando for o caso;
- d) Nome e tipo específico, com o valor individualizado, de cada exame ou tratamento, inclusive com o número de sessões, bem como todos os materiais ou medicamentos que possam porventura ter sido utilizados com suas respectivas quantidades e valores unitários;
- e) Razão social do laboratório, clínica ou serviço utilizado, endereço completo e telefone, com o número do CNPJ e assinatura do responsável;
- f) No caso de honorários profissionais será necessário o nome do médico ou profissional com o seu CPF ou nome da clínica e respectivo CNPJ, a especialidade do médico, número de inscrição no CRM e assinatura do médico;
- g) Relatório com quadro clínico, diagnóstico e programação terapêutica;
- h) Laudo do exame anatomopatológico (se realizado);
- i) Laudos de exames de imagem e exames laboratoriais;
- j) Nome do médico/ terapeuta, especialidade, carimbo, assinatura, número e tipo da inscrição no respectivo conselho.

III) Internações ou procedimentos hospitalares – os recibos em impresso próprio do prestador ou notas fiscais originais e quitadas devem conter as seguintes especificações:

- a) Nome completo do Beneficiário;
- b) Local, data e horário do atendimento hospitalar e as datas de internação, visitas médicas em casos clínicos e alta hospitalar, se for o caso;
- c) Conta hospitalar em via original e quitada, discriminada com o valor unitário de cada item de despesa e tipo específico de procedimentos realizados;
- d) Razão social do hospital, com número do CNPJ e assinatura do responsável;
- e) Para reembolso de honorários médicos é necessário apresentar recibos ou notas fiscais referentes a cada médico com seu CPF ou nome da Clínica e seu CNPJ, a especialidade e atuação de cada médico (cirurgões, auxiliares, anestesistas, visitas hospitalares, etc.), discriminação de cada serviço e valor correspondente, carimbo contendo número de inscrição no CRM e assinatura de cada médico e discriminação do valor de cada cirurgia (em caso de múltiplas intervenções cirúrgicas);
- f) Relatório de alta hospitalar da internação, devidamente preenchido pelo médico assistente do paciente, com as informações médicas referentes ao evento, diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas realizadas e respectivas datas;
- g) Quando houver a extirpação de órgãos, tumores ou lesões, deverá ser anexado o laudo do exame anatomopatológico e cópia da transcrição cirúrgica;
- h) Laudo de exames anatomopatológicos, colangiografias intraoperatórias ou polissonografias (caso tenham sido realizadas) e descrição cirúrgica em procedimentos complexo ou divergentes do autorizado;
- i) Nota fiscal de compra de materiais especiais, órteses e próteses, informando: marca, modelo e fabricante;
- j) Relatório médico preenchido pelo médico assistente, contendo a descrição de todos os procedimentos realizados com justificativa da urgência ou emergência. Quando houver retirada cirúrgica de órgãos ou lesões, deve ser anexada cópia do exame anatomopatológico.

IV) Despesas com Transporte

- a) Remoção em Ambulância: Relatório Médico justificando a necessidade de remoção, diagnóstico do paciente, indicação da data do evento, local de saída, destino e quilometragem percorrida e especificação do tipo de

ambulância (UTI ou Ambulância simples);

b) Taxi: Recibo original contendo as seguintes informações: Valor do recibo em numerário e por extenso, origem e destino, placa do veículo, nome e telefone do taxista, telefone do ponto de taxi/cooperativa (se houver), local e data da realização do serviço e assinatura do taxista;

c) Transporte Coletivo público ou privado Intermunicipal ou Interestadual (ônibus, trem, barco): recibo original emitido pela companhia utilizada como meio de transporte;

d) Veículo particular: será tomada como base para reembolso a menor distância entre origem e destino, considerando verba específica por quilometro rodado;

e) Transporte Aéreo: recibo original emitido pela companhia aérea utilizada.

7.7.5. Pagamento do reembolso

7.7.5.1. O reembolso será efetivado por depósito na conta corrente bancária de titularidade do Beneficiário ou do Responsável Financeiro do contrato, desde que informada por escrito, não sendo permitida utilização da conta bancária de terceiros.

7.7.5.2. Na hipótese de indisponibilidade de conta bancária do Beneficiário ou do Responsável Financeiro, o pagamento do reembolso poderá ser efetuado por ordem de pagamento na instituição bancária informada pela **CONTRATADA**.

7.7.5.3. O Reembolso será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias corridos, a partir da data de entrega pelo Beneficiário da documentação completa exigida para cada atendimento de acordo com as exigências deste contrato.

8. REMOÇÕES INTER-HOSPITALARES TERRESTRES

8.1. A remoção dos Beneficiários que já tenham cumprido o período de carência, desde que haja o consentimento do próprio Beneficiário ou de seu responsável, quando comprovadamente necessária e após a autorização do médico assistente, serão cobertas dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado, nas seguintes hipóteses:

8.1.1. De hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de abrangência do plano contratado, para hospital da Rede Própria ou Credenciada vinculado ao plano de saúde contratado;

8.1.2. De hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado ao plano de saúde do Beneficiário, e não pertencente à Rede Própria da **CONTRATADA**, localizado dentro da área de abrangência do plano contratado, para hospital da Rede Própria ou Credenciada vinculado ao plano de saúde contratado;

8.1.3. De hospital ou serviço de pronto-atendimento Credenciado, e da Rede Própria da **CONTRATADA**, vinculados ao plano de saúde do Beneficiário, localizado dentro da área de abrangência do plano contratado, para hospital da Rede Própria ou Credenciada vinculado ao plano de saúde contratado, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao Beneficiário na unidade de saúde de origem;

8.1.4. De hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não Credenciado ao plano de saúde do Beneficiário, e não pertencente à Rede Própria da **CONTRATADA**, localizado fora da área de abrangência do plano contratado pelo Beneficiário, para hospital da Rede Própria ou Credenciada vinculado ao plano de saúde contratado, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de abrangência do plano do Beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na legislação e regulamentação vigente à época do evento.

8.2. As Remoções Inter Hospitalares Terrestres, serão realizadas por ambulância com os recursos necessários à manutenção da vida do Beneficiário e sem qualquer ônus, na necessidade do transporte do Beneficiário do Hospital de origem para o Hospital de destino, devendo ser previamente autorizadas pela **CONTRATADA**.

8.3. As remoções comprovadamente necessárias para outro estabelecimento hospitalar serão cobertas dentro dos limites de Abrangência Geográfica do plano contratado.

9. GARANTIA DO ATENDIMENTO

9.1. A CONTRATADA garantirá o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas contratadas, observados os prazos de carência e cobertura parcial temporária quando existentes, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência do produto contratado.

9.2. Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a NotreDame Intermédica deverá garantir a seu critério em: I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

9.2.1. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a Contratada deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

9.3. Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência do produto, a NotreDame Intermédica deverá garantir atendimento a seu critério em: I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

9.3.1. Na inexistência de prestadores nas hipóteses previstas na cláusula 9.3, a Contratada deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

9.4. A garantia de transporte acima previstas pelas cláusulas 9.21. e 9.3.1 se encontra obrigatoriamente vinculada à prévia, expressa e formal comunicação por parte do Beneficiário à **CONTRATADA**, através de um dos seus canais de atendimento disponíveis (CAMO, NAC, Portal) com antecedência razoável para que a mesma possa orientar os procedimentos a serem adotados na ocorrência desta situação, e ao mesmo tempo cumprir os prazos determinados para a realização do atendimento.

9.4.1. A modalidade de transporte a ser garantida fica a critério da **CONTRATADA** e, será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do Beneficiário, devidamente atestados pela própria operadora no momento da demanda ou pelo médico assistente do Beneficiário.

9.4.2. Em todas as situações previstas contratualmente para esta garantia, a **CONTRATADA**, ao seu critério, proverá os meios necessários para o referido transporte, que será efetivado conforme disposto nas cláusulas a seguir.

9.4.3. O transporte médico especializado, através de veículos equipados com esta finalidade e/ou com necessidade de acompanhamento de profissional da área de saúde, só será disponibilizado mediante a apresentação de relatório médico original que o indique formalmente e que deverá ser encaminhado e analisado pela área médica da **CONTRATADA**.

9.4.4. A garantia de transporte é extensiva exclusivamente aos acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, de acordo com as diretrizes dos procedimentos para os quais a necessidade/garantia destes acompanhantes encontrem-se indicadas. Tais diretrizes encontram-se no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Resoluções Normativas, ambos da ANS, que versam sobre este assunto. Para os Beneficiários incapazes ou com limitação física, será necessária a apresentação de documento original contendo justificativa médica condizente para que haja a liberação do transporte do acompanhante.

9.5. Na hipótese de descumprimento do disposto nas cláusulas previstas no item 9 deste contrato, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a **CONTRATADA** reembolsará o contratante integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

9.5.1. Para solicitação do reembolso das despesas efetuadas pelo contratante por descumprimento das cláusulas da garantia de atendimento previstos nesse contrato, deverão ser observadas as regras previstas na cláusula 7.8.4 e subcláusulas deste contrato.

10. EXCLUSÕES DE COBERTURA

As moléstias, os procedimentos e os demais itens abaixo relacionados, por serem exclusões contratuais

autorizadas pela Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, não são cobertos por este Contrato, a saber:

10.1. Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento,, ou outra norma ou lei que vier a substituí-lo / complementá-lo;

10.2. Tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais, entendidos como aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; ou que seja considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou que não possua as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

10.2.1. A cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, cuja a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, deverão ser cobertos desde que: I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e II - a 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.

10.3. Procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

10.4. 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 parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

10.5. Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento de obesidade mórbida, como tal entendida aquela prejudicial à saúde, sob o ponto de vista médico, que acomete Beneficiário cujo resultado da divisão do seu peso pelo quadrado da sua altura seja superior a quarenta - Índice de Massa Corpórea - IMC), assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

10.6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da solicitação;

10.7. Medicamentos, produtos e materiais importados não nacionalizados e/ou não registrados na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

10.8. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;

10.9. Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

10.10. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

10.11. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente, ressalvados os casos previstos na Súmula Normativa nº 10 de 2006, da Agência Nacional de Saúde – ANS e suas atualizações;

10.12. Sonoterapia e medicina ortomolecular;

10.13. Tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

10.14. Transplantes, à exceção de rim, córnea e medula óssea autólogo ou alogênico de acordo com as diretrizes previstas no Rol de procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento;

10.15. Qualquer procedimento exclusivamente odontológico, com exceção dos previstos neste Contrato;

10.16. Procedimentos relativos ao programa de controle médico de saúde ocupacional, assim entendidos os exames médicos (admissionais, demissionais, periódicos, retorno ao trabalho e mudança de função) e exames complementares previstos no PCMSO;

10.17. Consultas, fornecimento de medicamentos, produtos, materiais e quaisquer tipos de tratamentos domiciliares, inclusive “home-care”;

10.18. Vacinas, necrópsias, cirurgias fetais, internações e inseminação artificial;

10.19. Enfermagem domiciliar;

10.20. Despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a internação hospitalar, tais como: estacionamento, jornais, televisão, telefone, frigobar e similares e acomodação do acompanhante, exceto nos casos previstos em Lei;

10.21. Aluguel de qualquer equipamento ou aparelho para assistência médica domiciliar;

10.22. Qualquer tipo de remoção não prevista neste Contrato ou fora da área de abrangência geográfica do plano contratado;

10.23. Reembolso de despesas de qualquer natureza, realizadas em território Nacional ou no Exterior, exceto os previstos expressamente neste Contrato.

11. PERÍODOS DE CARÊNCIAS

Serão observados os seguintes prazos de carência, os quais serão contados a partir da data de início de vigência inicial do presente Contrato:

Itens	Procedimentos	Carências
1	Atendimento de Urgência/Emergência	24 horas
2	Consultas Médicas - Rede Própria	30 dias
3	Consultas Médicas - Rede Credenciada	30 dias
4	Exames Simples - Rede Própria	30 dias
5	Exames Simples - Rede Credenciada	30 dias
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria	180 dias
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Credenciada	180 dias
8	Exames Especiais - Rede Própria e Credenciada Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria e Credenciada	180 dias
9	Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Diálise e Hemoterapia e Terapias Especiais com DUT (Terapia Antineoplásica Oral, Terapia Imunobiológica, Terapias isoladas ou multidisciplinares com métodos específicos - ABA, BOBATH e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens - Rede Própria e Credenciada	180 dias
10	Transplantes, Implantes, Internações Cirúrgicas com uso de Próteses e Órteses ligadas ao ato cirúrgico; Internações Psiquiátricas, Cirurgias Refrativas e Bariátricas (Obesidade Mórbida)	180 dias
11	Partos a Termo	300 dias
12	COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA	720 dias

12. DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE

12.1. A Cobertura Parcial Temporária – CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal, através da Declaração Pessoal de Saúde – DPS.

12.2. As Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP são aquelas que o Beneficiário ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofrendor, à época da inclusão no plano de assistência à saúde.

12.3. Aos Beneficiários será oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT no momento da contratação e preenchimento da Declaração de Saúde, sendo facultado à **CONTRATADA** o oferecimento de agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária – CPT.

12.3.1. Antes da inclusão no plano, o Beneficiário deverá ler atentamente a Carta de Orientação ao Beneficiário, que servirá como orientador para o preenchimento da Declaração de Saúde e, conterá todas as explicações referentes às Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP, bem como as consequências decorrentes de eventual omissão.

12.3.2. Após a leitura e assinatura da Carta de Orientação ao Beneficiário, o Beneficiário preencherá a Declaração Pessoal de Saúde – DPS, que consiste de formulário no qual deverão ser registradas as informações sobre as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador, e das quais tenham conhecimento no momento da inclusão no plano.

12.3.3. A **CONTRATADA** garantirá, ao seu critério, um médico orientador para o preenchimento da Declaração de Saúde, sendo prejuízo do direito de beneficiário de solicitar a orientação de um médico de sua escolha sem nenhum ônus, desde que pertencente a rede de prestadores da operadora.

12.3.3.1. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

12.3.3.2. Caso a **CONTRATADA** deixe de disponibilizar o médico orientador para este fim, será resguardado o direito do beneficiário de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico, observado os critérios das cláusulas 12.2.5 e 12.5.1.

12.3.4. Uma vez realizada a perícia no ato da contratação, não caberá a **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

12.3.5. Verificada pela **CONTRATADA** a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada pelo Beneficiário por ocasião de sua inclusão, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente ao Beneficiário. Caso o Beneficiário não concorde com esta alegação, a **CONTRATADA** encaminhará documentação pertinente à ANS, que, após abertura do competente processo administrativo, efetuará o julgamento do mérito da alegação de omissão da doença ou lesão por parte do Beneficiário. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para a instrução do processo. Após o julgamento e se acolhida a alegação da **CONTRATADA** pela ANS, o Beneficiário deverá efetuar à **CONTRATADA** o pagamento das despesas realizadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente não declarada, desde a data em que a **CONTRATADA** comunicou ao Beneficiário sua ciência da existência da mesma.

12.3.6. A **CONTRATADA** terá o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de inclusão do beneficiário, para comprovar Doença ou Lesão Preexistente eventualmente omitida pelo Beneficiário.

12.3.7. Não haverá negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou exclusão do Beneficiário do Contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS do encerramento do processo administrativo.

13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1. Habilitação para o atendimento:

13.1.1. 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.

13.1.2. 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.

13.1.2.1. 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**.

13.1.3. 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.

13.1.3.1. 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.

13.1.3.2. 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.

13.1.3.3. 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.

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

13.2.1. CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS - Todo atendimento referente a consultas médica eletiva 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:

13.2.1.1. 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.

13.2.1.2. CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS NAS ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA, PEDIATRIA 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.

13.2.1.3. 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.

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

13.2.1.5. 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.

13.2.1.6. 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.

13.2.2. EXAMES COMPLEMENTARES ELETIVOS - Os exames complementares, solicitados pela equipe “NOSSE MÉDICO” e demais profissionais elencados nos itens 13.2.1.2. e 13.2.1.3. acima, dar-se-ão, exclusivamente, nas unidades mencionadas no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da CONTRATADA para as especialidades previstas.

13.2.2.1. 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.

13.2.2.2. 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.

13.2.2.3. 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;

13.2.2.4. 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;

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

13.2.3. 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.

13.2.3.1. 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.

13.2.4. 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.

13.3. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

13.3.1. 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**.

13.3.2. 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.

13.3.3. 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.

13.3.4. 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.

13.3.5. 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.

13.3.6. 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.

13.3.7. 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.

13.3.8. 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.

13.3.9. 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.

13.4. 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.

13.5. 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.

13.5.1. 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.

13.5.2. 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.

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

13.6.1. 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”.

13.6.2. 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.

13.7. Mecanismos de Regulação: Coparticipação + Franquia

13.7.1. 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.

13.7.2. Entende-se como franquia, 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.

13.7.3. O pagamento da coparticipação pela **CONTRATANTE** deverá ser realizado no percentual e no limite máximo de cobrança previstos na TABELA DE VENDAS ou PROPOSTA COMERCIAL ou CONTRATO(S) QUE REGULAMENTA(M) O(S) PRODUTO(S) CONTRATADOS ou ANEXO ou ADITIVO, que são parte integrante e indissolúvel do presente Contrato e assinados pelas Partes.

13.7.4. 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.

13.7.5. Os valores a título de franquia 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.

13.7.6. 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.

14. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

14.1. A contraprestação financeira dos serviços de assistência à saúde ora contratados será devida pelo beneficiário contratante, seu Representante Legal ou o Responsável Financeiro.

14.2. Será admitida assunção de responsabilidade financeira do presente contrato por pessoa física diversa do contratante, que no ato da contratação assume total responsabilidade por todo e qualquer ônus financeiro decorrente dos serviços ora contratados.

14.3. Formação de preço

14.3.1. O preço dos serviços de assistência à saúde contratos é fixado na forma de preço preestabelecido per capita através de contraprestação pecuniária mensal, correspondente ao período de 01 (um) mês de cobertura, independente da data de vencimento.

14.3.2. O valor da contraprestação pecuniária mensal encontra-se fixado na Proposta de Contratação e/ou tabela de preços que regulará as condições desta contratação.

14.4. Pagamento da Contraprestação Pecuniária Mensal

14.4.1. A data de vencimento para o pagamento da Contraprestação Pecuniária Mensal é informada na Proposta de Contratação, que integra este contrato para todos os fins.

14.4.2. A boleto para pagamento da contraprestação pecuniária mensal será enviado ao endereço eletrônico informado na proposta de contratação, bem como estará disponibilizada no Portal do GNDI (www.gndi.com.br), observando antecedência da data do respectivo vencimento para eventual consulta.

14.4.3. Todos e quaisquer valores devidos por força deste Contrato e que não forem quitados nos prazos previstos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), e atualizados com base na variação percentual acumulada do índice Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou, na sua falta, por outro índice estabelecido pelas partes Contratantes que reflita a inflação do período, além de juros moratórios, na razão de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, incidente sobre o valor atualizado. Tais acréscimos serão devidos a partir do dia seguinte ao prazo estipulado para o pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente.

15. REAJUSTE ANUAL DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

15.1. A contraprestação pecuniária mensal será reajustada nos termos da Lei nº 9.656/98 e suas atualizações e da regulamentação vigente específica editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que estabelece

as normas para reajustes das contraprestações pecuniárias mensais dos planos privados de Assistência à Saúde na segmentação Individual, ou, na ausência deste, pelo índice Setorial que possa vir a ser criado. Na impossibilidade de utilização dos índices anteriores será aplicado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

15.2. A aplicação do índice de reajuste da Contraprestação Pecuniária Mensal ocorrerá sempre anualmente e no mês de aniversário do Contrato e nos percentuais previamente autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

16. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

16.1. Independentemente do reajuste anual por variação de custos, as contraprestações pecuniárias mensais serão também reajustadas sempre que, no transcurso da vigência deste Contrato, ocorrer mudança de faixa etária do Beneficiário titular, de acordo com os valores então vigentes.

16.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior a variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixa, conforme previsto na legislação e regulamentação vigente à época do evento.

16.3. 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 constantes da tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAIS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA
00 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	21,91%
24 a 28 anos	2,77%
29 a 33 anos	11,11%
34 a 38 anos	3,34%
39 a 43 anos	10,00%
44 a 48 anos	42,37%
49 a 53 anos	1,49%
54 a 58 anos	26,77%
59 ou mais	54,00%

17. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. A perda da qualidade de Beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

- a) A pedido do Beneficiário, sem prejuízo das demais condições estabelecidas no Contrato;
- b) Quando identificado pela **CONTRATADA** infração ou fraudes praticados pelo Beneficiário Titular, de qualquer natureza com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem;
- c) Em caso de óbito do Beneficiário;
- d) Pela perda da condição de dependência, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas na Cláusula Condições de Admissão.

17.2. Em conformidade com o disposto na legislação e regulamentação vigentes, o Beneficiário Titular poderá solicitar a sua exclusão, ou a de seus dependentes, que terá efeito imediato e caráter irrevogável a partir da data de

ciência da **CONTRATADA**, através dos seguintes meios:

- a) Presencialmente, na sede da **CONTRATADA**;
- b) Por meio da Central de Atendimento;
- c) Por meio do portal da **CONTRATADA** na internet.

17.3. Ressalvada a hipótese de rescisão prevista neste instrumento, a extinção do vínculo do Beneficiário Titular não extingue o Contrato, sendo assegurado aos Beneficiários Dependentes já inscritos o direito de manutenção nas mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações dele decorrentes, inclusive com a indicação de um responsável pelo pagamento das contraprestações pecuniárias relativas ao plano de saúde, ressalvado que os mesmos permaneceram com a condição Beneficiários Dependentes em relação aos Beneficiário Titular.

17.4. O disposto no item 17.3. não se aplica às às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da contraprestação pecuniária.

18. RESCISÃO

18.1. A **CONTRATADA** poderá suspender ou rescindir o presente Contrato unilateralmente nas seguintes hipóteses:

- a) Caso ocorra atraso no pagamento da(s) contraprestação(ões) pecuniária(s) por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo e desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- b) Nos casos comprovados de fraude, perdendo o Beneficiário Titular, e eventuais Beneficiários Dependentes, quaisquer direitos acerca dos serviços e coberturas previstos no presente Contrato e sem direito à devolução de qualquer quantia paga.

18.2. Em qualquer hipótese de rescisão/cancelamento do presente Contrato, este não prejudicará a cobrança das contraprestações pecuniárias vencidas durante a vigência do contrato, as quais as partes declaram-se cientes e concordes que tratam-se de dívida líquida e certa, inclusive quanto à eventuais multas e juros de mora, podendo o nome da parte devedora ser incluído no banco de dados dos órgãos de proteção ao crédito.

18.3. Nos termos da legislação e regulamentação vigentes, terá o **CONTRATANTE** o direito de rescindir unilateralmente o presente Contrato a qualquer tempo, sendo certo que na hipótese de rescisão antes do término do primeiro ano de vigência do Contrato o **CONTRATANTE** pagará multa de 10% (dez por cento) sobre o valor das contraprestações pecuniárias restantes para se completar os primeiros 12 (doze) meses em favor da **CONTRATADA**.

19. POLÍTICA DE PROTEÇÃO DOS DADOS

19.1. O **BENEFICIÁRIO** reconhece e concorda que, para fins da gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência privada à saúde objetos do presente Contrato, a **CONTRATADA** precisa manter e tratar dados pessoais relacionados ao presente Contrato ou aos demais documentos que regulam a relação contratual, bem como outros que possam vir a ser necessários. A **CONTRATADA** poderá receber esses dados pessoais do próprio Beneficiário, de corretores que intermediam a relação com a **CONTRATADA** e, no decorrer do uso dos serviços de assistência privada à saúde, a **CONTRATADA** poderá receber os dados pessoais do Beneficiário e de seus Beneficiários dependentes, da Rede Credenciada, da Rede Própria ou de outros atores envolvidos na prestação dos serviços.

19.2. A **CONTRATADA**, na qualidade de controladora, compromete-se a tratar os dados pessoais do Beneficiário e de seus Beneficiários Dependentes de acordo com a legislação vigente e aplicável em matéria de privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive, mas não se limitando à Lei nº 13.709/2019 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), e em estrita observância ao disposto neste Contrato e tão somente para a finalidade de execução deste, exceto nos casos em que o tratamento seja necessário para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias a que esteja sujeita à **CONTRATADA**.

19.3. O tratamento de dados pessoais relacionado a este Contrato será regulado pela Política de Privacidade da **CONTRATADA** disponível em <https://www.gndi.com.br/portal-da-privacidade/politica-privacidade>.

19.4. A título exemplificativo, a **CONTRATADA** tratará dados pessoais para (i) realização das tratativas prévias à celebração do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde e/ou Odontológica necessária à elaboração da proposta comercial; (ii) execução do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde e/ou Odontológica seja por meio de rede própria e/ou credenciada a depender do produto contratado; (iii) prestação de serviços médicos por meio da rede própria da **CONTRATADA**; (iv) prestação de serviços de atendimento médico por meio da

Telemedicina; (v) cumprir obrigações legais ou regulatórias protegidas por órgãos reguladores das atividades da **CONTRATADA** (como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Comissão de Valores Mobiliários (CVM), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre outros; (vi) exercício do direito de defesa em processo administrativo, judicial ou arbitral, incluindo a resposta a reclamações apresentadas perante a ouvidoria, Compliance, central de atendimento da **CONTRATADA** a, órgãos de defesa do consumidor como Procons, IDEC, Senacon, Ministério Público e demais órgãos fiscalizadores; (vii) confirmar a identificação do paciente e/ou paciente, investigar e prevenir possíveis infrações, irregularidades ou fraudes e, também, condutas; (viii) desenvolver e aperfeiçoar os recursos e as funcionalidades dos sites, aplicativos, produtos e serviços da **CONTRATADA**, para proporcionar uma melhor experiência para você (Beneficiário); (ix) liberação de reembolso; (x) análise atuária, estudos estatísticos e financeiros; (xi) oferta de novos produtos e serviços; (xii) participação em programas de benefícios; (xiii) responder dúvidas e fornecer suporte; (xiv) realização de exames, procedimentos e serviços hospitalares; (xv) programas especiais de cuidados preventivos; (xvi) acesso ao Wi-Fi em nossas unidades; (xvii) pesquisas de satisfação e de acolhimento.

19.5. O Beneficiário reconhece ainda que, conforme necessário para a gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência privada à saúde contratada, a **CONTRATADA** poderá compartilhar os dados pessoais com empresas do mesmo grupo econômico ou com terceiros fornecedores ou prestadores de serviço autorizados, tais como auditores médicos/ e ou odontológicos, equipe médica e/ou odontológica unidades de saúde e/ou odontológica, prestadores médicos e/ou odontológicos credenciados, seguradoras e operadoras de planos privados de assistência à saúde, institutos de pesquisa de opinião e científica, laboratórios farmacêuticos, fornecedores logísticos, empresas de conectividade com a rede credenciada de prestadores de serviços médicos e/ou odontológicos dentre outros, sendo que tais terceiros tratarão os dados pessoais exclusivamente para as finalidades permitidas pela **CONTRATADA**.

19.6. A **CONTRATADA** compromete-se a garantir o exercício dos direitos dos Beneficiários na qualidade de titulares de dados pessoais, incluindo, mas não se limitando a, qualquer solicitação de acesso, retificação, bloqueio, eliminação, portabilidade ou informação, nos termos do artigo 18 da LGPD, nos prazos previstos pela legislação vigente.

20. DISPOSIÇÃO GERAIS

20.1. 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 à atenção integral à 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.

20.2. Este modelo assistencial, caracteriza-se pelo atendimento, acompanhamento e atenção da população assistida por um NÚCLEO DA SAÚDE DA 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 e se necessário, encaminhamento do beneficiário para outro especialista ou Programas de Saúde.

20.3. A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a **CONTRATANTE** e os Beneficiários e que não sejam aqueles deste Contrato, exceto se previamente aprovados pela **CONTRATADA** por escrito

20.4. Fica vedado, sem a anuência expressa da outra parte, ceder ou transferir, caucionar ou dar em garantia, sob qualquer hipótese, total ou parcialmente, os direitos e obrigações estipulados neste Contrato tampouco descontar duplicatas a ele relativas com terceiros, seja em estabelecimento bancário, financeiro, factoring, ou com pessoa física.

20.5. A **CONTRATADA**, como Operadora de planos privados de assistência à saúde, está registrada nos Conselhos Regionais de Classe, sob responsabilidade de diretor técnico médico e promove todas as ações necessárias para a observância da legislação relativa ao sigilo médico.

20.6. Não cabe ao Beneficiário e/ou Responsável Econômico-Financeiro pleitear qualquer ressarcimento pecuniário decorrente de atendimento fora do plano contratado e alheios às formas de operação dos planos privados de assistência à saúde da **CONTRATADA**.

20.7. A **CONTRATADA** mantém canais de atendimento presenciais, telefônicos e digitais, todos de acordo com a legislação e regulamentação vigentes, responsáveis pelo atendimento aos clientes para informações gerais, orientações, esclarecimentos e para solucionar eventuais divergências de qualquer natureza que possam ocorrer

referentes aos serviços prestados.

20.8. Quando houver divergências, a **CONTRATADA** providenciará para que o fato seja esclarecido de imediato, quando possível, ou em até 10 (dez) dias úteis, quando for necessária apuração por meio de documentos ou informações que não estejam em poder do Beneficiário ou da **CONTRATADA**.

20.8.1.1. O prazo para esclarecimento poderá ser prorrogado quando a apuração do fato depender de diligência ou remessa de documentação necessária para garantir a sua abrangência.

20.9. A **CONTRATADA** emitirá um parecer sobre a divergência buscando tomar as providências necessárias e solucionar o caso em conformidade com o que foi apurado.

20.10. Naquilo que eventualmente colidir com este Contrato, prevalece em quaisquer das Cláusulas, a Lei nº 9.656 de 03/06/98, as Medidas Provisórias, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, a Lei nº 9.961 de 28/01/00 e as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, em vigor na data de assinatura deste Contrato e suas atualizações.

20.11. Visando à preservação de sua saúde, o **BENEFICIÁRIO** está ciente de que, uma vez necessária a utilização ou execução de serviços e procedimentos não cobertos pelo plano contratado, poderá realizá-los nos hospitais e serviços próprios da **CONTRATADA**, de acordo com os valores previstos nas tabelas praticadas entre a **CONTRATADA** e seus prestadores próprios. Nas situações de Urgência/Emergência, caso o **BENEFICIÁRIO** opte por não arcar com as referidas despesas, a **CONTRATADA** garantirá a sua remoção para uma unidade pública de saúde, nos termos da regulamentação vigente.

20.12. O Beneficiário Titular compromete-se, por si e pelo demais Beneficiários eventualmente vinculados no presente contrato, a enviar no prazo máximo de 05 (cinco) dias toda e qualquer documentação e/ou informação que venha a ser solicitada pela **CONTRATADA** para apresentação nos processos que envolvam o Ressarcimento ao SUS, em atenção ao artigo 32, da Lei n.º 9656/98, durante e depois de finda a vigência do presente Contrato.

20.13. Em todas as hipóteses de reembolso das despesas médico-hospitalares previstas no presente Contrato e/ou no(s) Contrato(s) que Regulamenta(m) o(s) Produto(s) Contratados poderá a **CONTRATADA** exigir, além da documentação elencada, todos e quaisquer comprovantes para que seja demonstrado de maneira inequívoca que o pagamento se deu às expensas do Beneficiário para o prestador de serviços médico- hospitalares, desde a origem dos valores até o efetivo pagamento, incluindo, mas não a estes limitados, comprovante de transferência ou depósito bancário, comprovante de PIX ou de compensação de cheque, fatura de cartões de crédito, extratos bancários, dentre outros.

20.14. Caso a **CONTRATADA** seja compelida, por força de medida judicial e/ou administrativa, a realizar os procedimentos aos quais o **Beneficiário** não tenha direito, por não serem de cobertura obrigatória, **serão aplicados os mecanismos de regulação e suas particularidades estabelecidos neste CONTRATO**, inclusive os financeiros (coparticipação e franquia), conforme os valores previstos em tabela que poderá ser consultada através dos canais de atendimento da **CONTRATADA**, valores estes que serão atualizados anualmente.

20.15. Fica vedada entre as Partes a exigência de exclusividade nesta relação contratual.

20.16. Fazem parte integralmente do presente Contrato para todos os fins de direito como se nele estivessem transcritos e quando assim aplicáveis nos termos da legislação e regulamentação vigentes, a Proposta de Contratação, a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

20.17. Como alternativa à assinatura física do Termo, as Partes declaram e concordam que a assinatura mencionada poderá ser efetuada em formato eletrônico. As Partes reconhecem a veracidade, autenticidade, integridade, validade e eficácia deste Instrumento e seus termos, incluindo seus anexos, nos termos do art. 219 do Código Civil, em formato eletrônico e/ou assinado pelas Partes por meio de certificados eletrônicos, ainda que sejam certificados eletrônicos não emitidos pela ICP-Brasil, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 ("MP nº 2.200-2").

20.18. As Partes declaram, sob as penas da Lei, que os signatários do presente instrumento são seus legítimos diretores/administradores/procuradores/ representantes legais, devidamente constituídos na forma dos respectivos Estatutos/Contratos Sociais, com poderes para assumir e cumprir todas as obrigações ora contraídas.

21. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.



WWW.GNDI.COM.BR

