Minuta Contratual

SMART 200 JUNDIAI

JULHO 2023 PÚBLICO ANS nº 359017

CAPÍTULO III - CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

LINHA SMART 200 JUNDIAÍ

Esta Condição Específica de Contratação de Plano de Saúde é parte integrante e indissolúvel do **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OU SEM OBSTETRÍCIA PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME (07.2023.001).**

1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Coparticipação	Segmentação	Acomodação
SMART 200 JUNDIAI.	474.404/15-7	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva

2. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

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

(a) Acomodação Coletiva: quarto não privativo 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;

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

3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Abrangência Geográfica
SMART 200 JUNDIAI.	474.404/15-7	Grupo de Municípios: Cajamar/SP; Campo Limpo Paulista/SP; Itupeva/SP; Jundiaí/SP; Louveira/SP; Várzea Paulista/SP; Vinhedo/SP.

4. MECANISMO DE REGULAÇÃO

4.1. Mecanismos de Regulação – Coparticipação e Franquia

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

4.1.2. 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, tanto para reembolso, quanto para o pagamento à rede própria, credenciada ou referenciada.

4.1.3. O pagamento da coparticipação pela CONTRATANTE deverá ser realizado no percentual e no limite máximo de cobrança previstos na TABELA DE VENDAS, PROPOSTA COMERCIAL ou nos Contrato(s) que Regulamenta(m) o(s) Produto(s) Contratados que são parte integrante e indissolúvel do presente Contrato e assinados pelas Partes.

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

4.1.5. Os valores a título de franquia e coparticipação constarão na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO/COMERCIAL e/ou TABELA DE VENDAS e/ou no presente Contrato e serão anualmente reajustados de acordo com a data base e percentual aplicado às contraprestações pecuniárias mensais. Estes pagamentos serão efetuados por meios eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA quando forem realizados na rede própria.

4.1.6. 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.

4.2. Mecanismos de Regulação – Porta de Entrada

4.2.1. Consultas prioritariamente nos Centros Clínicos próprios da **CONTRATADA**. Quando não houver disponibilidade das especialidades básicas nos Centros Clínicos próprios, as consultas serão realizadas nos consultórios credenciados por meio do Autorizador, sempre respeitando os municípios previstos na abrangência geográfica do plano contratado.

4.2.1.1. As consultas com médicos das demais especialidades somente poderão ser realizadas nos Centros Clínicos ou na Rede Credenciada, desde que seja precedida de consulta realizada em especialidade básica nos Centros Clínicos ou na Rede Credenciada, mediante Autorizador.

4.2.1.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** ou indicados pela mesma para esta finalidade,

mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios ou pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**;

4.2.1.3. A rede de prestadores (consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais) observará exclusivamente aquela relativa ao plano contratado e ao qual Beneficiário esteja vinculado conforme informações divulgadas no portal da **CONTRATADA** na internet (www.gndi.com.br);

4.2.1.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade, com padrão de acomodação compatível com aquele previsto para o plano contratado e mediante guia de autorização prévia emitida pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**.

4.2.1.5. Quando não houver rede própria a **CONTRATADA** poderá oferecer rede credenciada em substituição à mesma, sendo facultado à **CONTRATADA** o direito de voltar a oferecer rede própria quando houver a disponibilidade na área de abrangência geográfica do plano contratado.

4.3. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia

4.3.1. A todos os produtos do presente instrumento serão aplicadas as regras de autorização prévia, conforme as regras e condições a seguir discriminadas.

4.3.2. As solicitações pelo médico assistente de internações clínicas e cirúrgicas, exames complementares e terapias, devem ser submetidos à autorização prévia pelo Departamento de Regulação da **CONTRATADA**, que analisará e emitirá as respectivas respostas dentro dos prazos previstos pela legislação e regulamentação vigentes.

4.3.3. A solicitação de autorização prévia e sua respectiva resposta serão viabilizadas via Portal GNDI (www.gndi.com.br) na área logada do beneficiário, ou nos Centros Clínicos próprios da **CONTRATADA**.

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

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

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

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

4.3.5.1. A Junta Médica e/ou Odontológica será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido

de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

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

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

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

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

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

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

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

4.4. Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações em Saúde

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

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

a) Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas);
b) Oncologia;
c) Procedimentos eletivos na especialidade de Buco Maxilo Facial;
d) Cirurgias Gástricas eletivas;
e) Acompanhamento de Gestação de Risco;
f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
g) Neurocirurgias eletivas;

h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);
i) Internação de Urgência e Emergência.

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

4.4.2.2. A **CONTRATADA** poderá realizar o **Direcionamento** exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada nas hipóteses de terapias multidisciplinares que envolvam sessões de fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional.

4.5. Não Comparecimento em Consultas na Rede Própria (“No show”)

4.5.1. Fica estabelecido que na hipótese de não comparecimento do Beneficiário nas consultas médicas agendadas na Rede Própria da **CONTRATADA**, sem que o mesmo desmarque com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, será cobrado à título de multa pelo não comparecimento por consulta o valor descrito conforme material disponível no site da **CONTRATADA** (www.gndi.com.br) e nos demais canais de atendimento informados no referido site.

4.5.2. A cobrança prevista no item imediatamente anterior ocorrerá a partir do 3º (terceiro) não comparecimento do Beneficiário às consultas médicas agendadas na Rede Própria da **CONTRATADA** por ano/vigência do Contrato.

5. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Nome do Plano:	**Número de Registo:**
FAIXAS ETÁRIAS	**Variação %**
0 a 18 anos	**0,00%**
19 a 23 anos	**34,98%**
24 a 28 anos	**18,18%**
29 a 33 anos	**0,00%**
34 a 38 anos	**0,00%**
39 a 43 anos	**18,77%**
44 a 48 anos	**30,00%**
49 a 53 anos	**30,00%**
54 a 58 anos	**30,00%**
59 anos ou +	**44,13%**

6. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

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

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

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

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

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

6.1.3.1. As informações sobre disponibilidade dos programas em cada localidade, bem como demais informações, podem ser obtidas no portal da **CONTRATADA** na internet (www.gndi.com.br) e através dos canais de atendimentos divulgados no referido portal.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Aplicam-se a este plano as demais cláusulas e Condições Gerais do Contrato de Assistência à Saúde – **07.2023.001**– Coletivo Empresarial na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar Com Obstetrícia, devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponível no portal da **CONTRATADA**: www.gndi.com.br.

WWW.GNDI.COM.BR

Hapvida
NotreDame