



PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAIS/FAMILIARES

Nome do Titular:	
Código do Beneficiário:	
Nome do Plano:	Código do Plano (SCPA):
Percentual para ajuste da Mensalidade:	Mensalidade ajustada: R\$
Mês de Aniversário do Contrato: (Data base para reajuste)	

COBERTURAS E GARANTIAS CONTRATUAIS

As Coberturas Assistenciais e as Condições de Acesso serão ampliadas para garantir a cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada, sem prejuízo das coberturas previstas no contrato de origem, desde que compatíveis com a legislação em vigor.

A Rede Prestadora de recursos credenciados e próprios, atualmente disponibilizada para atendimento permanecerá inalterada, estando apta a atender os novos procedimentos cobertos.

REAJUSTES

Os Reajustes por Variação de Custos Anuais (Reajuste por Aniversário de Contrato) serão aplicados na data base do contrato de origem, conforme acima informado, de acordo com o índice de reajuste anual divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Os Reajustes por Faixa Etária deverão observar o disposto na RN 63/2003, conforme tabela abaixo, ou em norma que a substitua, exceto quando não houver previsão no contrato de origem.

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAL (%)
I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;	0,00%
II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;	8,00%
III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;	11,00%
IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;	13,00%
V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;	15,00%
VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;	19,00%
VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	32,00%
VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	26,00%
IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;	38,00%
X - 59 (cinquenta e nove) e mais	40,00%



CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Não haverá cumprimento de carências para as novas coberturas e procedimentos, que passarão a integrar o contrato.

Não haverá período de Cobertura Parcial Temporária, com exceção de prazo restante em cumprimento nos termos do contrato de origem, que não poderá ultrapassar o limite máximo de 24 (vinte e quatro meses) previstos pela Lei 9656/98.

DISPOSIÇÕES GERAIS

As cláusulas contratuais do contrato de origem que versarem sobre os temas abaixo passarão a observar o disposto pela Lei 9656/98 e sua regulamentação, respeitando as regras descritas como segue:

- A. Coberturas e Procedimentos garantidos:** Os procedimentos previstos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, sem prejuízo das coberturas previstas no contrato de origem.
- B. Das Exclusões de cobertura:** As hipóteses previstas pelos incisos do art. 10 da Lei 9.656/98, conforme discriminado abaixo, salvo quando garantidos pelo contrato de origem:
- B.1. Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
 - B.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - B.3. Procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - B.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - B.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;
 - B.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 nos Anexo I e II da RN 387 e suas atualizações; produtos e materiais importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde ou ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
 - B.7 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;
 - B.8 Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico;



B.9 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

B.10 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

B.11. Sonoterapia e medicina ortomolecular;

B.12. Tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

B.13 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;

B.14. Qualquer procedimento odontológico;

B.15 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;

B.16. Consultas, fornecimento de medicamentos, produtos, materiais e quaisquer tipos de tratamentos domiciliares, inclusive "home care";

B.17. Vacinas, necropsias, cirurgias fetais, internações e cirurgias para mudanças de sexo e inseminação artificial;

B.18. Enfermagem domiciliar; 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;

B.19. Aluguel de qualquer equipamento ou aparelho para assistência médica domiciliar;

B.20. Qualquer tipo de remoção não prevista neste Contrato ou fora da área de abrangência geográfica do plano, exceto os previstos expressamente neste Contrato;

B.21. Reembolso de despesas de qualquer natureza, realizadas em território Nacional ou no Exterior, exceto os previstos expressamente neste Contrato.

C. Duração do Contrato: O contrato será por prazo indeterminado.

D. Urgência/Emergência: O atendimento de urgência se caracteriza como casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. O atendimento de emergência é definido como caso que implique risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

Os Beneficiários terão direito ao atendimento nos casos de urgência ou emergência comprovada nas 24 horas do dia, nos prontos-socorros indicados pela Notre Dame Intermédica, e conforme plano contratado.

Os Beneficiários terão direito ao reembolso de despesas relacionadas aos atendimentos de urgência e/ou emergência, no prazo máximo de 30 dias, quando não houver possibilidade de utilização da rede de



assistência da Notre Dame Intermédica, dentro da área da abrangência contratada pela Contratante.

- E. Formação de Preço e Mensalidade:** O valor a ser pago (mensalidade) pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida nesta Proposta, conforme demonstrado acima (mensalidade ajustada).

Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá entrar em contato com a CONTRATADA por meios dos canais de atendimento, ou emitir o boleto no portal da Operadora na internet (www.gndi.com.br). O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

Os pagamentos das mensalidades deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário, sujeitos a multa de 2% (dois por cento) quando efetuado fora do prazo, bem como os juros de mora de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, além de atualização monetária de acordo com os índices vigentes, quando cabível na forma da Lei vigente à época.

- F. Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal:** A Contraprestação Pecuniária Mensal será reajustada nos termos da Lei nº 9.656/98 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 Familiar ou na ausência dele pelo índice Setorial que possa vir a ser criado ou na ausência deles ainda pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A aplicação do índice de reajuste da Contraprestação Pecuniária Mensal ocorrerá sempre anualmente, ou na menor periodicidade que legislação permitir, no mês de aniversário dos Contratos e nos percentuais previamente autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

- G. Faixas etárias:** Se aplicável, independentemente das correções, as contraprestações pecuniárias serão também reajustadas sempre que, no transcurso da vigência deste Contrato, ocorrer mudança de faixa etária do Beneficiário.

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 incisos I e II da Resolução Normativa RN Nº 63/2003.

A variação do preço em razão da alteração da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite prevista de acordo com as faixas etárias informadas na Tabela constante desta proposta, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente.



H. **Perda da qualidade de Beneficiário:**

- Da perda da qualidade do Beneficiário Titular:
 - Por rescisão do presente Contrato;
 - Por não pagamento da contraprestação pecuniária mensal.
- Da perda da qualidade de Beneficiário dependente:
 - Pela perda da condição de dependência;
 - Pelo cancelamento do Beneficiário Titular;

Na hipótese de extinção do vínculo do Beneficiário titular do plano familiar, o Contrato não será extinto, ficando assegurado aos respectivos dependentes já inscritos o direito à manutenção do plano, nas mesmas condições contratadas, com a assunção das obrigações decorrentes, inclusive quanto ao pagamento das contraprestações mensais.

- I. **Rescisão:** A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga. O Contratante terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo, sem prejuízo da cobrança de valores devidos em razão de mensalidades vencidas.

- J. **Abrangência geográfica:** A abrangência geográfica permanecerá a mesma fixada no contrato de origem.

O contrato de origem será adaptado à Lei 9656/98 e sua regulamentação por meio de Termo Aditivo, que passará a vigorar da data da assinatura pelas partes contratantes.

A adaptação contratual é de sua livre opção, sendo garantida a manutenção do seu contrato nas condições atuais, caso não haja interesse na opção ofertada.

Uma vez efetivada a adaptação contratual não é possível o retorno ao contrato de origem, nos termos do art. 22 da RN 254/11.

A opção a ser manifestada por V.Sa, na qualidade de titular do contrato, será válida para todos os beneficiários (titular e dependentes) no mesmo incluídos.

A NotreDame Intermédica permanece à disposição para dirimir quaisquer dúvidas, através dos canais de comunicação já disponíveis, bem como por telefone constante no verso do seu cartão de identificação.