



Grupo
NotreDame
Intermédica

CONDIÇÕES GERAIS **PME**



CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME (12.2018.004)

ÍNDICE

Capítulo I - Definições.....	3
Capítulo II - Contrato de assistência à saúde coletivo empresarial na segmentação ambulatorial e hospitalar.....	8
1. Do Objeto.....	8
2. Da Natureza.....	9
3. Segmentação Assistencial.....	9
4. Tipo de Contratação.....	9
5. Beneficiários.....	9
6. Condição de Vínculo do Beneficiário Titular.....	9
7. Condições de Admissão.....	9
8. Das Coberturas.....	13
9. Remoções Inter-Hospitalares Terrestres.....	17
10. Garantia de Transporte.....	18
11. Exclusões de Cobertura.....	19
12. Características dos Planos Contratados.....	20
13. Carências e Cobertura Parcial Temporária.....	20
14. Mecanismos de Regulação.....	22
15. Reembolso de Procedimentos.....	25
16. Perda da Qualidade de Beneficiário.....	29
17. Demitidos e Aposentados em Planos Contributários.....	29
18. Contraprestação Pecuniária Mensal.....	32
19. Do Agrupamento de Contratos e Regras para Aplicação de Reajuste Único.....	33
20. Reajuste por Mudança de Faixa Etária.....	35
21. Reajuste da Contraprestação Pecuniária.....	35
22. Prazo de Vigência.....	35
23. Suspensão/Rescisão.....	36
24. Disposições Gerais.....	37
25. Foro.....	39

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME (12.2018.004)

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Área 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 ocorrência e data perfeitamente caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial.

3. ACOMODAÇÃO COLETIVA

É o tipo de acomodação hospitalar em quartos não privativos de até 2 (dois) leitos.

4. ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

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

5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

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

6. AGRAVO

É o acréscimo no valor da contraprestação mensal do plano privado de assistência à saúde, para que o **Beneficiário** tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

7. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

É a reunião de contratos composta pelo número total de **Beneficiários** em cada um deles, que visa promover a distribuição do risco inerente à operação conjunta para todo o grupo, adotando inclusive a aplicação de um único reajuste para todos os contratos pertencentes ao agrupamento.

8. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

É a especificação nominal, nos termos do contrato, de Estados e/ou Municípios que compõem as áreas de abrangência geográfica Estadual, Grupo de Estados, Grupo de Municípios ou Municipal.

9. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

É o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultórios ou ambulatórios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, uso de Unidades ou Centro de Terapia Intensiva – UTI, Semi-Intensiva, Unidade Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia de Beneficiários Queimados e Terapia Respiratória.

10. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO DE SAÚDE

Consiste em avaliação da solicitação médica pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** antes da realização de determinados procedimentos de saúde, formalmente fornecida por ela, mediante solicitação do profissional assistente.

11. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas vinculadas à **Contratante** e seus respectivos Dependentes, que forem incluídas no Contrato, sendo classificadas como:

11.1. **Beneficiário Titular** - é o indivíduo que mantém vínculo com a **Contratante** de caráter empregatício ou estatutário, demitidos sem justa causa ou aposentados, ou ainda os sócios, administradores, agentes políticos (assim entendidos como o Presidente da República, os Governadores, Prefeitos e respectivos vices; os Ministros e Secretários imediatos dos Chefes do Executivo; os Senadores, Deputados Federais e Estaduais e os Vereadores), trabalhadores temporários, estagiários e aprendizes da **Contratante**, inscritos neste Contrato.

11.2. **Beneficiário Dependente** - é o Dependente do **Beneficiário Titular**, incluído no plano do mesmo, podendo ser:

11.2.1. O cônjuge do **Beneficiário Titular**;

11.2.2. O(A) companheiro(a) do **Beneficiário Titular** na forma estabelecida pelo Código Civil;

11.2.3. Os enteados(as), filhos(as), naturais ou adotivos(as), solteiros(as), e se inválidos física ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;

11.2.4. Os(As) tutelados(as) e os menores sob guarda até 21 (vinte e um) anos incompletos, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

12. CARÊNCIA

É o período a ser cumprido pelo **Beneficiário** para que o mesmo venha a ter direito às coberturas previstas no Contrato de assistência à saúde.

13. 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.

14. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

É a carteira digital, individual e personalizada, disponibilizada pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** através do portal: www.gndi.com.br, para cada **Beneficiário** incluído no Contrato.

15. COBERTURA

É a garantia de atendimento ao **Beneficiário** dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar, conforme estabelecido neste Contrato, respeitadas as limitações de cada plano e a opção de contratação pela **Contratante**.

16. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

É a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, relacionada à Doença ou Lesão Preexistente declarada pelo **Beneficiário** ou seu representante legal, na Declaração Pessoal de Saúde – DPS.

17. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

É o conjunto de Cláusulas e parâmetros que especificam as características de cada plano.

18. CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de Cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos às partes Contratantes, aplicáveis a quaisquer dos padrões de planos contratados.

19. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

É a importância mensal devida e paga à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, em moeda corrente nacional, para assegurar o direito às coberturas previstas neste Contrato.

20. CONTRATANTE

É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Plano Privado de Assistência à Saúde da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, responsável pelo pagamento das contraprestações pecuniárias mensais perante a **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

21. CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO

É o Contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data do período de apuração do reajuste, a quantidade de Beneficiários prevista na Cláusula de Reajuste por Agrupamento Único.

22. CONTRIBUIÇÃO

É qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde oferecido pela **Contratante**, em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos Dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia, pagos única e exclusivamente em procedimentos quando da utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

23. COPARTICIPAÇÃO

É a parte efetivamente paga pelo **Beneficiário** à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, referente à realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares e de acordo com o plano contratado.

24. CORPO CLÍNICO

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

25. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE

É o formulário em que o Proponente preenche/registra as informações sobre as suas doenças e lesões, bem como as de seus Dependentes, se houver, sobre as quais tenha conhecimento no momento da inclusão no plano e por elas se responsabiliza sob as penas previstas na lei.

26. DESPESA ASSISTENCIAL

É a despesa coberta, efetuada com o atendimento médico e/ou hospitalar, realizada pelo **Beneficiário** e prevista neste Contrato.

27. DOENÇA

É qualquer perturbação das condições físicas ou mentais do **Beneficiário**, caracterizada como estado mórbido, que requeira tratamento médico e não se enquadre na definição de Acidente Pessoal.

28. DOENÇA CONGÊNITA

É a doença hereditária com a qual a pessoa nasce ou adquirida durante a vida intrauterina, e com manifestação a qualquer tempo.

29. DOENÇA CRÔNICA

É a doença que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa incapacidade residual e é causada por alteração patológica não reversível.

30. 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.

31. EMERGÊNCIA

São os casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **Beneficiário**, caracterizados em declaração do médico assistente.

32. ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS E DEMAIS ESPECIALIDADES

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

33. EXCLUSÕES

São os procedimentos, serviços e eventos não cobertos pelo Contrato.

34. EVENTO

É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar, verificado após a inclusão do **Beneficiário** no plano, que tenha por origem ou causa dano involuntário à saúde do **Beneficiário**, em decorrência de acidente pessoal ou doença, bem como suas consequências. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência do dano e termina com a alta médica concedida ao **Beneficiário**.

35. FICHA DE INSCRIÇÃO CADASTRAL

É o documento formal, parte integrante deste Contrato, por meio do qual a **Contratante** informa os dados pessoais dos **Beneficiários**.

36. GARANTIA DE TRANSPORTE

É a obrigação condicionada à notificação prévia por parte do **Beneficiário** à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, nos termos do contrato, consistente na garantia de transporte do mesmo, nas exatas condições e situações previstas na Resolução Normativa nº 259/11 e suas posteriores atualizações, 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA** e será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do **Beneficiário**.

37. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC

É o 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.

38. HOSPITAL-DIA

É o regime intermediário entre a internação e o ambulatório com atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando ao **Beneficiário** a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, caracterizado pela permanência do **Beneficiário** em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas, independentemente do tipo de acomodação prevista no plano contratado pelo mesmo.

39. INDISPONIBILIDADE

É a impossibilidade de atendimento pelo prestador de assistência à saúde nos prazos previstos no artigo 3º da Resolução Normativa nº 259/11 e suas posteriores atualizações, no município de demanda, respeitada a área de atuação do plano de saúde e de abrangência geográfica do plano contratado.

40. INEXISTÊNCIA

É a inexistência de prestador de assistência à saúde, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município da demanda, respeitada a área de atuação do plano de saúde e de abrangência geográfica do plano contratado pelo **Beneficiário**.

41. 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.

42. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA

É a internação hospitalar cujo principal evento é de ordem cirúrgica.

43. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA

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

44. INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA

É a internação hospitalar, cirúrgica ou clínica, que, não sendo de urgência ou de emergência, poderá ser programada com antecedência pelo médico assistente.

45. LIMITES FINANCEIROS DE REEMBOLSO

São os valores máximos de responsabilidade da **NOTREDAME INTERMÉDICA** no pagamento de reembolso de despesas cobertas pelo plano contratado, efetuadas pelo **Beneficiário**.

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

É o instrumento destinado a informar à **Contratante** os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do plano de saúde. O MPS será entregue pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** à **Contratante** previamente à assinatura do Contrato, sendo a entrega aos **Beneficiários** intermediada pela mesma.

47. MUNICÍPIO DE DEMANDA

É o local da federação onde o **Beneficiário** se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento.

48. NOTREDAME INTERMÉDICA

É a pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar como Medicina de Grupo, oferecendo Planos Privados de Assistência à Saúde, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 359017 e denominação social **NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**

49. NOVO EMPREGO

É o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

50. PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS

É o período definido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** em que são identificadas as empresas Contratantes que participarão do agrupamento de contratos, de acordo com a quantidade de Beneficiários de cada uma delas.

51. PLANO CONTRATADO

É o plano registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que possui determinado conjunto de características estabelecidas neste Contrato, com a finalidade de garantir assistência médica aos **Beneficiários**, mediante o pagamento de contraprestação pecuniária mensal.

52. PLANO CONTRIBUTÁRIO

É aquele em que os **Beneficiários** custeiam a Contraprestação Pecuniária, de acordo com o previsto no item 22.

53. PLANO NÃO CONTRIBUTÁRIO

É aquele custeado integralmente pela **Contratante**, sem ônus para os **Beneficiários**.

54. PLANO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL

É o Plano Privado de Assistência à Saúde de Contratação Coletivo Empresarial que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, em caráter empregatício ou estatutário, demitidos e aposentados ou, ainda, outros indivíduos vinculados à **Contratante**, desde que previstos no §1º, do art. 5º, da RN nº 195/09 e contratualmente.

55. PROCEDIMENTOS

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

56. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

São os relacionados como tal no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes a doenças ou lesões preexistentes, poderão ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

57. PROCEDIMENTOS ELETIVOS

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

58. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento formal, parte integrante deste Contrato, preenchido e assinado pela **Contratante**, no qual expressa a intenção de contratar o **Plano Privado de Assistência à Saúde**, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos.

59. REDE CREDENCIADA

É a rede de serviços médico-hospitalares terceirizada que presta atendimento de acordo com o plano contratado.

60. REDE PRÓPRIA

É a rede de serviços médico-hospitalares em que as unidades pertencem à **NOTREDAME INTERMÉDICA** ou a entidades ou empresas coligadas ou controladas pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** que prestam atendimentos de acordo com o plano contratado.

61. REDE DA NOTREDAME INTERMÉDICA

É aquela composta pelas Redes Própria e Credenciada.

62. REEMBOLSO

É a importância a ser ressarcida pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** com a finalidade de restituir, integral ou parcialmente, as despesas cobertas pelo plano contratado e pagas diretamente pelo **Beneficiário** na utilização de prestadores de serviços não credenciados pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

63. REGIÃO DE SAÚDE

É o 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.

64. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

É a lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. O Rol de Procedimentos está disponível no portal da ANS, no endereço: www.ans.gov.br.

65. SINISTRALIDADE

É a divisão entre o valor total das despesas assistenciais, apuradas durante determinado período de avaliação, pelo total das contraprestações pecuniárias mensais líquidas de impostos, tributos e demais encargos, cobrados durante este mesmo período de avaliação.

66. TABELA DE REEMBOLSO - TNDI

É a tabela que indica, para cada procedimento médico-hospitalar, a quantidade de Unidade de Serviço **NOTREDAME INTERMÉDICA - USNDI**, a qual serve de base para o cálculo do reembolso das despesas cobertas conforme o plano contratado.

67. URGÊNCIA

São casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, caracterizado em declaração de médico assistente.

CAPÍTULO II

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA - PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS - PME

Este Contrato e as respectivas Condições Específicas (Capítulo III) encontram-se devidamente registrados em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponíveis no portal da **NOTREDAME INTERMÉDICA**: www.gndi.com.br.

Por este instrumento de Contrato, de um lado a **NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, com sede na 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA** e, de outro lado, a EMPRESA, identificada e qualificada ao final deste Contrato, neste ato representada pelos seus Diretores e doravante denominada **Contratante** e quando em conjunto, denominadas **Partes**, têm entre si, justo e convencionado, o que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

1. DO OBJETO

É compromisso da **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantir a prestação continuada de serviços de assistência à saúde, bem como reembolso das despesas médicas e hospitalares, conforme o plano contratado, àqueles que mantêm vínculo com a **Contratante**, bem como a seus Dependentes regularmente inscritos no plano, aqui denominados **Beneficiários**, conforme previsto no inciso I, do Artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica Hospitalar, com as coberturas constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

2. DA NATUREZA

Trata-se de um Contrato bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Código Civil, estando também sujeito às disposições do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor – CDC). Integram o presente Contrato, para os devidos fins, este documento, bem como todos os documentos complementares, como a Tabela de Reembolso, 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

3. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Tipo de Assistência Médica Contratada, podendo ser Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia ou Referência, que será prestada de acordo com o plano contratado e definida nas respectivas condições específicas.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Coletivo Empresarial.

5. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas descritas no item 11 do Capítulo I, vinculadas à **Contratante** e seus respectivos Dependentes, que forem incluídas no Contrato, sendo classificadas como:

5.1. Beneficiário Titular - é o indivíduo que mantém vínculo com a **Contratante** de caráter empregatício ou estatutário, demitidos sem justa causa ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ou ainda os sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e aprendizes da **Contratante**, conforme o caso, inscritos neste Contrato.

5.2. Beneficiário Dependente - é o Dependente do **Beneficiário Titular**, incluído no plano do mesmo, podendo ser:

5.2.1. O cônjuge do **Beneficiário Titular**;

5.2.2. O(A) companheiro(a) do **Beneficiário Titular**, na forma estabelecida pelo Código Civil;

5.2.3. Os enteados(as), filhos(as) naturais ou adotivos(as), solteiros(as), até 49 completos (49 anos, 11 meses e 29 dias) ou de qualquer idade, se inválidos física ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;

5.2.4. Os tutelados e os menores sob guarda até 21 (vinte e um) anos incompletos, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

6. CONDIÇÃO DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Este Contrato destina-se a indivíduos que mantêm ou mantiveram ativo vínculo empregatício ou estatutário ativo com a **Contratante**, ou, ainda, que sejam sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários ou aprendizes da **Contratante**.

7. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

A cobertura oferecida neste contrato coletivo empresarial é estendida à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica **Contratante**, conforme previsto na legislação em vigor.

7.1. Para que os **Beneficiários** sejam admitidos no Contrato, em qualquer dos planos, deverá ser apresentada a comprovação do vínculo do **Beneficiário Titular** com a **Contratante**, bem como o vínculo entre o **Beneficiário Titular** e seu **Dependente**.

7.1.1. No momento da admissão, será obrigatório o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde acompanhada da Carta de Orientação do Beneficiário, para fins de inclusão no Contrato nas seguintes hipóteses:

a) Nos Contratos com menos de 30 (trinta) **Beneficiários**, ou

b) Se, durante a vigência do Contrato, houver 30 (trinta) **Beneficiários** ou mais e o pedido de ingresso no plano se der após o período de 30 (trinta) dias da vinculação do **Beneficiário à Contratante** ou da elegibilidade do seu **Beneficiário Dependente**.

7.1.2. A **Contratante** se compromete a informar, na data de assinatura do Contrato, em formulário próprio a ser encaminhado pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, todos os **Beneficiários** que se encontrem afastados e/ou internados, seja em ambiente hospitalar, seja em ambiente domiciliar (“home care”), aqueles em tratamentos com medicamentos especiais e aqueles portadores de doenças crônicas.

7.2. Comprovação de regularidade da **Contratante**.

7.2.1. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** exigirá, no momento da contratação, a documentação a seguir:

7.2.1.1. Para **Sociedade Comercial**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial;

7.2.1.2. Para **Sociedade Civil**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório;

7.2.1.3. Para **Sociedade Anônima**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial;

7.2.1.4. Para **Associações, Sindicatos, Federações e outras Entidades**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, Estatuto Social ou ato constitutivo equivalente e Ata de eleição da diretoria ou equivalente, devidamente registrados nos órgãos competentes.

7.2.1.5. Para **EI – Empresário Individual**: Documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses.

7.2.1.5.1. A regularidade cadastral para o empresário individual será solicitada no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, e, anualmente, no mês de aniversário do Contrato.

7.2.2. **Comprovação dos Beneficiários Titulares.**

7.2.2.1. Para inclusão dos funcionários com vínculo empregatício.

7.2.2.1.1. Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou

7.2.2.1.2. Cópia da Carteira de Registro Profissional, quando solicitada pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**; ou

7.2.2.1.3. Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal, para funcionários recém-admitidos.

7.2.2.1.4. Não obstante a relação dos documentos previstos nos subitens anteriores, a comprovação trabalhista que não puder ser demonstrada pela Guia de Recolhimento do FGTS – 'Fundo de Garantia por Tempo de Serviço', em razão de contratação recente, deverá ser realizada até 90 (noventa) dias após a data de contratação dos respectivos Beneficiários, sob pena de ter cancelado o plano dos mesmos, se não o fizer.

7.2.2.2. **Para sócios e administradores**: documento societário comprobatório do vínculo com a Contratante.

7.2.2.3. **Para estagiários e aprendizes**: Contrato de estágio ou de aprendizagem, com o respectivo prazo de validade.

7.2.2.4. **Para trabalhadores temporários**: contrato de trabalho temporário entre a Contratante e a Empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário.

7.2.2.5. **Para estatutários**: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à Contratante.

7.2.2.6. **Para agentes políticos**: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à Contratante.

7.2.3. **Comprovação dos Beneficiários Dependentes.**

Para cada caso específico abaixo, serão solicitados os seguintes documentos:

7.2.3.1. **Cônjuge**: Certidão de Casamento;

7.2.3.2. **Companheiro(a)**: do mesmo sexo ou de sexo oposto:

7.2.3.2.1. 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

7.2.3.2.2. Declaração Padrão fornecida pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas;

7.2.3.2.3. Certidão de Nascimento de Filho em comum;

7.2.3.2.4. Designação em Carteira Profissional.

7.2.3.3. Filho(a): Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção; para filho(a) inválido(a), laudo médico comprobatório recente da incapacidade permanente;

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

7.2.3.5. **Enteado(a)**: Certidão de Nascimento em conjunto com a Certidão de Casamento ou com os documentos elencados no item 7.2.3.2.

7.3. Não será aceita a inclusão de funcionário ou dependente que não tenha a elegibilidade prevista nos itens anteriores, sob pena de a Contratante responder, perante a NOTREDAME INTERMÉDICA, por todos os ônus e/ou penalidades que eventualmente sejam por ela suportados e/ou impostas, mesmo após o encerramento do Contrato.

7.4. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá solicitar e a **Contratante** se obriga a fornecer, a qualquer tempo, documentação complementar para averiguação da regularidade do vínculo do **Beneficiário** com a **Contratante** e daquele com seu(s) dependente(s), sendo esta responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos **Beneficiários** exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como dos **Beneficiários** das eventuais Empresas Subcontratantes que eventualmente venham a ser incluídos no plano, as quais se tornarão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

7.4.1. A **Contratante** tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou a não atualização dos dados cadastrais dos **Beneficiários** poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da ANS, constituindo, ainda, infração às normas editadas por aquela agência, bem como de que as inconsistências nos dados cadastrais poderão impedir a movimentação da massa de **Beneficiários**, com a obrigatoriedade de pagamento de taxas e ressarcimentos desnecessários pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** à ANS.

7.4.2. Em razão do disposto no subitem anterior, as Partes acordam que, quando da implantação do Contrato, se após a análise dos dados cadastrais dos **Beneficiários** enviados à **NOTREDAME INTERMÉDICA** forem detectados dados incompletos ou incorretos, a **Contratante** se compromete a regularizar as pendências existentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, assumindo e isentando-a de todos os riscos, ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias mensais, decorrentes do não fornecimento, do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não atualização dos dados cadastrais dos **Beneficiários** a ela vinculados. A **Contratante** responsabiliza-se, ainda, pelos ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias mensais, que eventualmente sejam suportados/impostos à **NOTREDAME INTERMÉDICA** pela ANS, em razão da inobservância das obrigações acima citadas, mesmo após o encerramento do Contrato, bem como pelos custos envolvidos na obtenção dos referidos dados junto a outras fontes que os disponibilizem, no sentido de sanar tais pendências.

7.5. Regras de inclusão dos **Beneficiários**.

7.5.1. A **Contratante** deverá enviar à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, na data da assinatura do Contrato, cadastro de todos os **Beneficiários Titulares** e respectivos Dependentes que serão inscritos no plano, em impresso próprio fornecido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** ou através de transferência eletrônica, dentro de layout preestabelecido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, juntamente, se o caso exigir, com a Declaração Pessoal de Saúde devidamente preenchida e assinada. A partir da data da inclusão, os **Beneficiários** terão direito às coberturas contratuais, de modo a surtir os efeitos determinados pela legislação em vigor, inclusive para atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7.5.1.1. Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela **Contratante**, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, acarretando a não inclusão dos **Beneficiários** cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

7.5.1.2. Os **Beneficiários** inscritos terão direito à utilização a partir do 1º dia de vigência do Contrato.

7.5.1.3. Fica assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo, do **Beneficiário Titular**, como dependente, com aproveitamento dos períodos de carência cumpridos pelo **Titular**, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

7.5.1.4. Se exigível carência para cobertura obstétrica, após o cumprimento do prazo para internação, não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, se aplicável, 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**.

7.5.1.5. 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.

7.5.1.6. Nos contratos com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários** em que o **Beneficiário Titular** tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de carências, quando ocorrer a inclusão de novos **Beneficiários Dependentes** designados no item 7.2.3, cuja relação de dependência tenha se verificado durante a vigência do Contrato, o prazo para cadastramento sem a exigência de cumprimento de carências será de até 30 (trinta) dias contados da data do evento que originou essa relação, desde que, no momento da inclusão, o Contrato tenha 30 (trinta) ou mais **Beneficiários**. Após este prazo, os novos **Dependentes** poderão ser incluídos considerando os períodos de carências e Cobertura Parcial Temporária – CPT, se aplicáveis.

7.5.1.7. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do **Beneficiário Titular** no plano.

7.5.1.8. O plano do **Beneficiário Dependente** será sempre igual ao do **Beneficiário Titular**.

7.5.2. A **Contratante** informará mensalmente à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, através de transferência por meio eletrônico, dentro de layout preestabelecido por ela, até 30 (trinta) dias da vinculação do **Beneficiário** à **Contratante**, a relação dos admitidos, acompanhada dos documentos acima especificados. A relação dos desligados deverá ser feita até o último dia útil do mês em curso, a fim de que a **NOTREDAME INTERMÉDICA** mantenha atualizado o quadro de **Beneficiários**.

7.5.2.1. Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela **Contratante**, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, acarretando a não inclusão dos **Beneficiários** cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

7.5.3. A **Contratante** se responsabilizará pelo pagamento das contraprestações pecuniárias mensais dos desligados durante o período em que os mesmos permanecerem indevidamente cadastrados.

7.6. Transferência de planos.

7.6.1. **Entende-se por transferência a opção do Beneficiário pela mudança de planos, quando acordada entre a Contratante e a NOTREDAME INTERMÉDICA a opção do Beneficiário pela mudança de plano entre aqueles contratados pela Contratante.**

7.6.2. Periodicamente, em frequência não inferior à anual e em data a ser estabelecida de comum acordo entre a **NOTREDAME INTERMÉDICA** e a **Contratante**, o **Beneficiário** poderá optar pela transferência de planos.

7.6.2.1. Na transferência entre planos, o **Beneficiário** deverá permanecer no novo plano pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua efetiva transferência para o novo plano, exceto em caso de desligamento do **Beneficiário** da **Contratante**.

7.6.2.2. Se, na solicitação de transferência do plano, o **Beneficiário** estiver cumprindo carências, estas serão mantidas até o seu término.

7.6.2.3. Na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, o **Beneficiário** da **Contratante** somente terá direito às características do novo plano, especificamente: rede credenciada, reembolso e padrão de acomodação, após 180 (cento e oitenta) dias da data da transferência. A partir da data de transferência, deverá ser pago o valor correspondente ao plano de maior custo.

7.6.2.4. Nos casos em que o **Beneficiário Titular** for transferido de plano, todos os seus Dependentes serão automaticamente transferidos para este novo plano.

7.6.2.5. Caso o plano contratado contemple elegibilidade por cargos ou salários, deverão ser respeitadas as regras específicas para transferência de planos, conforme estabelecido entre as partes.

7.7. Exclusão do Beneficiário do plano.

7.7.1. Para exclusão do **Beneficiário** do plano, a **Contratante** deverá enviar as informações abaixo, devendo utilizar meio eletrônico fornecido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

a) se o **Beneficiário** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
b) se o **Beneficiário** demitido ou exonerado sem justa causa é um **Beneficiário** aposentado que continua trabalhando na **Contratante**;

c) se o **Beneficiário** contribuía para o pagamento do plano de assistência à saúde;

d) por quanto tempo o **Beneficiário** contribuiu para o pagamento do plano de assistência à saúde;

e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como **Beneficiário** ou se recusou a manter esta condição.

A exclusão do **Beneficiário** somente será aceita pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** mediante apresentação da comprovação da comunicação ao **Beneficiário**.

f) se o **Beneficiário** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado contribuiu com o plano em operadoras anteriores.

7.7.2. Fica estabelecido que as informações acima, bem como o documento formalizado no ato da comunicação do Aviso Prévio, a ser cumprido ou indenizado ou da comunicação da aposentadoria, deverá ser enviado à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, junto com o Termo de Opção de Continuidade no plano. Na hipótese de apresentação intempestiva do documento requerido ou a sua não apresentação, a **Contratante** arcará com todos os prejuízos eventualmente sofridos pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** ou terceiros, em decorrência desta ação ou omissão.

7.7.3. Caso o **Beneficiário Titular** solicite à **NOTREDAME INTERMÉDICA** a sua exclusão, ou a de seu(s) Dependente(s), a mesma será processada, imediatamente após a confirmação de que a referida solicitação foi devidamente protocolada na empresa **Contratante**, em período superior a 30 (trinta) dias.

8. DAS COBERTURAS

8.1. Ao **Beneficiário**, inscrito no Contrato, fica garantida a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, 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, 10ª Revisão – CID 10, 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 área geográfica de abrangência e área de atuação do plano contratado. O referido Rol de Procedimentos está disponível no portal da ANS, no endereço: www.ans.gov.br.

8.1.1. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantirá atendimento aos serviços e procedimentos disponíveis no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei 9656/98, **exclusivamente pelos profissionais credenciados e na Rede Própria e Credenciada da Operadora**, respeitando a abrangência geográfica do plano contratado, as regras da RN nº 259/2011 e as Condições Específicas do produto contratado.

8.1.2. Todos os procedimentos (consultas, internações, serviços auxiliares de diagnose e terapia), inclusive nos casos de urgência e emergência cobertos por este Contrato, serão prestados exclusivamente na **Rede Própria e Credenciada da NOTREDAME INTERMÉDICA** ou através de reembolso, quando previsto pelos planos contratados, observadas as respectivas condições específicas do plano contratado.

8.1.3. Cobertura dos atendimentos, nos casos de planejamento familiar, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

8.1.4. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** 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.

8.1.5. O atendimento será assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitados a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços próprios e credenciados do plano contratado e os prazos de carência estabelecidos neste Contrato.

8.1.6. Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

8.1.6.1. 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.

8.1.7. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

8.1.8. 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 da ANS, de acordo com a segmentação contratada.

8.1.9. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

8.2. Cobertura ambulatorial.

8.2.1. Consultas médicas.

Cobertura de consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado, em todas as especialidades constantes do Rol de Procedimentos, inclusive nos casos de urgência e emergência, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, conforme art. 12, I, “a” da Lei nº 9656/98.

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

8.2.2. Cobertura de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

8.2.2.1. Cobertura dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, e desde que não se caracterize como internação.

8.2.2.2. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

8.2.2.3. Cobertura de 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 vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

8.2.2.4. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme critérios definidos na legislação vigente.

8.2.2.5. Os serviços de Diagnóstico e Terapia denominados Exames/Terapias Simples e Especiais terão a guia de autorização emitida no portal da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, no endereço www.gndi.com.br.

8.2.2.6. Cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme as Diretrizes de Utilização Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento.

8.2.3. Cirurgias ambulatoriais.

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

8.3. Atendimento de urgência ou emergência.

8.3.1. Os **Beneficiários** terão direito ao atendimento nos casos de urgência ou emergência comprovada nas 24 (vinte e quatro) horas do dia nos prontos-socorros indicados pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, conforme plano contratado, servindo-se do regime de plantão contínuo montado para estes casos:

8.3.1.1. Acidente Pessoal;

8.3.1.2. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após o início da vigência do contrato;

8.3.1.3. Consultas e serviços ambulatoriais de urgência e emergência;

8.3.1.4. atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência ou emergência;

8.3.1.5. Inalações de urgência ou emergência;

8.3.1.6. Atendimento em traumatologia, gesso, atadura e suturas;

8.3.1.7. Medicação de urgência e emergência, desde que registrada/regularizada na ANVISA, utilizadas nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, contempladas nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

8.3.1.8. Repouso em pronto-socorro para recuperação ou esclarecimento diagnóstico;

8.3.1.9. Complicações no Processo Gestacional;

8.3.1.10. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio **Beneficiário** ou terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão).

8.3.2. É obrigatória por parte da **NOTREDAME INTERMÉDICA** a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento de urgência e emergência que evoluir para internação, desde a admissão do **Beneficiário** até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, assim consideradas:

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

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

8.3.3. Será garantida a cobertura de remoção, 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 ou pela necessidade de internação para os **Beneficiários** em carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT.

8.3.3.1. Os atendimentos de urgência e emergência no decorrer dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária, para os eventos relacionados a Doença ou Lesão Preexistente - DLP declaradas terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que seja solicitada a internação.

8.3.3.2. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (internação ou assistência médica após o período de 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passando a ser da **Contratante**, não cabendo ônus à **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

8.3.4. Caso o **Beneficiário** e/ou familiares optem pela remoção do **Beneficiário**, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantirá a remoção a uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme disposto na Resolução CONSU nº 13, de 4/11/1998. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** disponibilizará ambulância com todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o **Beneficiário** quando efetuado o registro na unidade do Sistema Único de Saúde - SUS (art. 7º, § 3º da Res. CONSU nº 13/98).

8.3.5. Se não for possível a remoção sem risco de vida ao **Beneficiário** e encontrando-se este em período de Carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, o **Beneficiário** e seus familiares ou a **Contratante** deverão

negociar com o prestador de serviço a continuidade do atendimento e a responsabilidade deste, hipótese em que a **NOTREDAME INTERMÉDICA** estará desobrigada de qualquer ônus, conforme disposto na Resolução CONSU nº 13, de 04/11/1998.

8.4. Cobertura Hospitalar.

8.4.1. Internações hospitalares.

8.4.1.1. Cobertura de internações hospitalares cirúrgicas e/ou obstétricas em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade (art. 12, “a” da Lei nº 9656/98).

8.4.1.2. Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (art. 12, II “b” da Lei nº 9656/98).

8.4.2. Despesas hospitalares.

Estão cobertas as seguintes despesas hospitalares:

8.4.2.1. Diárias;

8.4.2.2. Diárias de UTI ou similar, a critério do médico assistente;

8.4.2.3. Serviços gerais de enfermagem e alimentação;

8.4.2.4. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

8.4.2.5. Fornecimento de medicamentos (exceto os não nacionalizados), anestésicos e gases medicinais;

8.4.2.6. Transfusões;

8.4.2.7. Toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados, exceto os não nacionalizados;

8.4.2.8. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência hospitalar:

8.4.2.8.1. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

8.4.2.8.2. Quimioterapia oncológica, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar nos termos da cláusula 8.2.2.6;

8.4.2.8.3. Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

8.4.2.8.4. Hemoterapia;

8.4.2.8.5. Nutrição parenteral ou enteral;

8.4.2.8.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

8.4.2.8.7. Embolizações e radiologia intervencionista;

8.4.2.8.8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

8.4.2.8.9. Procedimentos de Fisioterapia listados nos anexos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

8.4.2.8.10. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

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

8.4.2.8.12. A cobertura de despesas de acompanhante (acomodação e alimentação), no caso de **Beneficiários** menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou cirurgião-dentista assistente e legislações vigentes.

8.4.2.8.13. A cobertura do atendimento de outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

8.4.2.8.14. Quando o **Beneficiário** optar por acomodação superior à do seu plano, arcará com o pagamento das diferenças de custos médico-hospitalares.

8.4.2.8.15. Para os planos com direito à acomodação Coletiva, havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados, é garantido ao **Beneficiário** o acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional.

8.4.2.8.16. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantirá a cobertura de procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

8.4.2.8.17. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantirá a cobertura de 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 a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

8.4.2.8.17.1. A necessidade de estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos será avaliada e justificada pelo médico assistente e/ou cirurgião-dentista, com o objetivo de garantir maior segurança. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar.

8.4.3. Honorários Médicos - Clínicos ou Cirúrgicos.

8.4.3.1. Serão cobertas as despesas referentes a honorários médicos e serviços gerais de enfermagem, e alimentação, dos profissionais pertencentes à Rede Própria ou Credenciada da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, inerentes aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados em decorrência da assistência médica (artigo 12, II, alínea "c", da Lei nº 9.656/1998).

8.4.4. Tratamento hospitalar de transtornos psiquiátricos.

8.4.4.1. 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.

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

8.4.4.2.1. Nos casos em que o **Beneficiário** ultrapassar os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, o mesmo terá direito à continuidade do tratamento, mediante pagamento em coparticipação, da cobertura (dia) excedente em psiquiatria, incluindo valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares, conforme quadro abaixo.

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

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

EVENTO	% DE COPARTICIPAÇÃO
Tratamento hospitalar de transtornos psiquiátricos	50% (cinquenta por cento) após os primeiros 30 (trinta) dias de internação por ano de Contrato.

a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10 e 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).

8.4.5. **Transplantes de rim, córnea e medula óssea (autólogo ou alogênico).**

8.4.5.1. Estão cobertas as despesas com transplante de rim, córnea e medula óssea autólogo ou alogênico, listados no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente à época, incluindo:

8.4.5.1.1. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

8.4.5.1.2. Despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, as despesas assistenciais com doadores vivos;

8.4.5.1.3. Medicamentos utilizados durante a internação;

8.4.5.1.4. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

8.4.5.1.5. Despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS (artigo 2º e parágrafos da Resolução CONSU nº 12/1998);

8.4.5.1.6. O valor do pagamento das despesas acima citadas e as normas de transplantes seguem a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, que prevê que candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos, sujeitando-se ao critério de fila única de espera e seleção.

8.4.5.1.6.1. 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.

8.5. Cirurgia plástica reparadora e reconstrutiva.

Além da cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, a **NOTREDAME INTERMÉDICA**, através de seus 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.

8.6. Cobertura Obstétrica.

8.6.1. Gravidez e Parto.

8.6.1.1. Dependendo do plano contratado, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantirá à **Beneficiária** a cobertura de todos os procedimentos na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, garantindo:

8.6.1.1.1. 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;

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

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

8.6.1.1.4. Puerpério: nos Centros Clínicos próprios ou consultórios credenciados da **NOTREDAME INTERMÉDICA**;

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

8.6.1.1.6. Intercorrências na gravidez e suas complicações;

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

8.6.2. Assistência ao recém-nascido.

Fica garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **Beneficiário, Titular** ou **Dependente**, 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.

8.7. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

8.7.1. 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;

8.7.2. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

8.7.3. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Intermédica, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**;

8.7.4. O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** para composição da Junta Médica.

8.8. Abrangência geográfica do plano e área de atuação.

8.8.1. A abrangência geográfica e a área de atuação de um plano pode ser municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados ou nacional, e estará definida nas condições específicas do plano contratado.

8.8.2. A área de atuação do plano contratado estará definida na Proposta de Contratação e nas respectivas condições específicas.

9. REMOÇÕES INTER-HOSPITALARES TERRESTRES

9.1. 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:

9.1.1. De hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da rede própria ou credenciada vinculado ao plano de saúde contratado;

9.1.2. De hospital ou serviço de pronto atendimento privado não credenciado ao plano de saúde do **Beneficiário**, e não pertencente à rede própria da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da rede própria ou credenciada, vinculado ao plano de saúde contratado;

9.1.3. De hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado, e da rede própria da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, vinculados ao plano de saúde do **Beneficiário**, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da rede própria ou credenciado, vinculados 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;

9.1.4. 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA**, localizado fora da área de atuação do plano contratado pelo **Beneficiário**, para hospital da rede própria ou credenciado, vinculados 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 atuação do plano do **Beneficiário** e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto pela Resolução Normativa - RN nº 259/2011; e

9.1.5. De hospital da rede própria ou credenciado, vinculados ao plano de saúde contratado, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da rede própria ou credenciado, vinculados ao plano de saúde contratado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

9.2. As remoções comprovadamente necessárias para outro estabelecimento hospitalar serão cobertas dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado.

9.3. Remoções Terrestres quando o Beneficiário estiver cumprindo período de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária - CPT.

9.3.1. No atendimento de urgência ou emergência, atestado pelo médico assistente, havendo necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, quando em período de Cobertura Parcial Temporária – CPT, fica assegurada a remoção inter-hospitalar terrestre, para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

9.3.2. No atendimento de urgência ou emergência, durante o período de carência, em havendo necessidade de internação, fica garantida a remoção do **Beneficiário** para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, visando à continuidade do atendimento.

9.3.3. Para os casos de processo gestacional em que houver necessidade de internação, em período de carência, fica garantida a remoção terrestre para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

9.3.4. Caso o **Beneficiário** e/ou familiares optem pela remoção do **Beneficiário**, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantirá a remoção a uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme disposto na Resolução CONSU nº 13, de 4/11/1998. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** irá disponibilizar ambulância com todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o **Beneficiário** quando efetuado o registro na unidade do Sistema Único de Saúde - SUS (art. 7º, § 3º da Resolução CONSU nº 13, de 4/11/1998).

9.3.5. Se não for possível a remoção sem risco de vida ao **Beneficiário** e encontrando-se este em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, o **Beneficiário** e seus familiares ou a **Contratante** deverão negociar com o prestador de serviço a continuidade do atendimento e a responsabilidade deste, hipótese em que a **NOTREDAME INTERMÉDICA** estará desobrigada de qualquer ônus, conforme disposto na Resolução CONSU nº 13, de 04/11/1998.

10. GARANTIA DE TRANSPORTE

10.1. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** garantirá o transporte para a realização dos serviços e procedimentos necessários, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa nº 259 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, publicada em 20 de julho de 2011, nas situações de:

- a) Indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado e nos municípios limítrofes, igualmente pertencentes concomitantemente à região de saúde à qual faz parte o município, área de atuação contratada e área de abrangência geográfica do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado.

- b) Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, na área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado.
- c) Indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado e nos municípios limítrofes, desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.
- d) Inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado, nos municípios limítrofes e na região de saúde, desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.

10.2. A garantia de transporte acima descrita está limitada unicamente às situações previstas nos itens anteriores.

10.3. A garantia de transporte se encontra obrigatoriamente vinculada à prévia, expressa e formal comunicação por parte do **Beneficiário** à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, através de um dos seus canais de atendimento disponíveis (CAMO, NAC e 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.

10.4. A modalidade de transporte a ser garantida fica a critério da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, e não serão aceitas solicitações de reembolso de qualquer natureza que evidenciem o descumprimento do que está avençado nas cláusulas anteriores.

10.5. A modalidade de transporte garantida pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do **Beneficiário**, devidamente atestados pela própria **NOTREDAME INTERMÉDICA** no momento da demanda ou pelo médico assistente do **Beneficiário**.

10.6. Em todas as situações previstas para esta cobertura, a **NOTREDAME INTERMÉDICA**, a seu critério, proverá os meios necessários para o referido transporte, obedecendo ao disposto nas cláusulas abaixo.

10.7. A garantia de transporte será efetivada das seguintes formas:

10.7.1. 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

10.7.2. 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 esteja indicada. Tais diretrizes encontram-se no Rol de Procedimentos de 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.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1. As moléstias, os procedimentos e os demais itens abaixo relacionados, por serem exclusões contratuais autorizadas pela Lei nº 9.656/98, não são cobertos por este Contrato, exceto quando previstos.

11.1.1. Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

11.1.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

11.1.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

11.1.5. 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 o Beneficiário, aferida pelo Índice de Massa Corpórea - IMC, o qual é apurado pelo resultado da divisão do seu peso pelo quadrado da sua altura com resultado superior a quarenta), assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

11.1.6. 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, produtos e materiais importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde ou ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

11.1.7. 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;

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

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

11.1.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente, ressalvados os casos previstos na Súmula Normativa nº 10 da ANS, de 30/10/2006;

11.1.11. Sonoterapia e medicina ortomolecular;

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

11.1.13. Transplantes, à exceção de rim, córnea e medula óssea autólogo ou alogênico de acordo com as diretrizes previstas no Rol de Procedimentos e Eventos vigentes às suas respectivas épocas;

11.1.14. Qualquer procedimento odontológico;

11.1.15. 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;

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

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

11.1.18. 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;

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

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

11.1.21. Reembolso de despesas de qualquer natureza, realizadas em Território Nacional ou no exterior, exceto os previstos expressamente neste Contrato.

12. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS CONTRATADOS

12.1. Os planos possuem diferentes níveis de cobertura e abrangência geográfica, com variação na acomodação hospitalar, na Rede Credenciada ou Própria da **NOTREDAME INTERMÉDICA** e nos limites de reembolso e acesso de livre escolha de prestadores, quando existente.

12.2. As características específicas dos planos de saúde contratados estão expressas nas Condições Específicas de Contratação de Plano de Saúde, que é parte integrante e indissolúvel do Contrato de Assistência à Saúde.

13. CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

13.1. Nos contratos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários** não será exigido o cumprimento de Prazos de Carências, desde que a **Contratante** formalize, em nome do **Beneficiário Titular**, o pedido de seu ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da sua vinculação à **Contratante**, observada a regra de inclusão estabelecida na cláusula de CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.

13.2. Será exigido o cumprimento dos prazos de carência constantes da tabela a seguir, que terão início a partir da data de inclusão do **Beneficiário** no plano, para os seguintes casos.

13.2.1. Se o número de **Beneficiários** do contrato for menor do que 30 (trinta).

13.2.2. Se, durante a vigência do contrato, o número de **Beneficiários** for reduzido para menos de 30 (trinta).

13.2.3. Nos casos de inclusões de **Beneficiários Titulares e/ou Dependentes** fora do prazo mencionado no subitem 13.1, salvo disposição contrária na cláusula de condições de admissão prevista neste Contrato.

13.2.4. Nos casos em que for solicitada nova adesão ao contrato, após exclusão a pedido do **Beneficiário Titular** ou da **Contratante**.

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	Terapias Especiais, Exames Especiais, Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria	180 dias
9	Terapias Especiais, Exames Especiais, Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Credenciada	180 dias
10	Transplantes, Implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e Órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações Psiquiátricas, Diálise/Hemodiálise, Cirurgias Refrativas e Obesidade Mórbida	180 dias
11	Partos a Termo	300 dias

13.3. Durante o período de carência, os atendimentos médico-hospitalares de urgência ou emergência observarão as regras estabelecidas no item que dispõe sobre Atendimento de Urgência e Emergência deste contrato, bem como na Resolução CONSU nº 13, de 4/11/1998.

13.4. Aos **Beneficiários** que tenham declarado conhecimento de lesões ou doenças preexistentes à adesão ao plano será garantida a Cobertura Parcial Temporária – CPT exclusivamente às coberturas relacionadas às doenças e lesões preexistentes declaradas pelos beneficiários contratualmente, a partir da data de inclusão do **Beneficiário** no plano, nas seguintes hipóteses:

13.4.1. Se o número de **Beneficiários** do contrato for menor do que 30 (trinta).

13.4.2. Se, durante a vigência do contrato, o número de **Beneficiários** for reduzido para menos de 30 (trinta).

13.4.3. Nos casos de inclusões de **Beneficiários Titulares** e/ou **Dependentes** fora do prazo mencionado no subitem 13.1, salvo disposição contrária na cláusula de condições de admissão prevista neste Contrato.

13.4.4. Nos casos em que for solicitada nova adesão ao contrato, após exclusão a pedido do **Beneficiário Titular** ou da **Contratante**.

13.4.5. A Cobertura Parcial Temporária – CPT admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo **Beneficiário** ou seu representante legal.

13.4.6. A aplicação da CPT é informada na Declaração de Saúde a ser preenchida pelos **Beneficiários** nas hipóteses do item 13.4., após a leitura obrigatória da Carta de Orientação ao Beneficiário.

13.4.7. Fica facultado à **NOTREDAME INTERMÉDICA** o oferecimento de agravo da contraprestação pecuniária como opção à Cobertura Parcial Temporária.

13.5. Nos contratos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários**, não será aplicada cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que a **Contratante** formalize, em nome do **Beneficiário Titular**, o pedido de ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do Contrato ou da vinculação do mesmo à **Contratante**, observada a regra de inclusão estabelecida na Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.

13.5.1. Durante a vigência do Contrato, será aplicada cobertura parcial temporária, para os seguintes casos:

a) Se o número de **Beneficiários** for reduzido para menos de 30 (trinta);

b) Nos casos de inclusões de **Beneficiários Titulares** e/ou **Dependentes** fora do prazo mencionado no subitem anterior, salvo o disposto no item na Cláusula de Condições de Admissão deste Contrato.

13.6. A Cobertura Parcial Temporária 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).

- 13.6.1. As Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor, à época da inclusão no plano de assistência à saúde.
- 13.6.2. Aos **Beneficiários** fica garantida a aplicação da Cobertura Parcial Temporária, sendo facultado à **NOTREDAME INTERMÉDICA** o oferecimento de agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária.
- 13.6.3. Antes da inclusão em qualquer dos planos, o **Beneficiário** deverá ler atentamente a Carta de Orientação ao Beneficiário, que conterá todas as explicações referentes às Doenças ou Lesões Preexistentes, bem como das consequências decorrentes de eventual omissão.
- 13.6.4. Após a leitura e assinatura da Carta de Orientação ao Beneficiário, o **Beneficiário Titular** preencherá a Declaração Pessoal de Saúde.
- 13.7. O **Beneficiário Titular** e seus **Dependentes** realizarão, a critério exclusivo da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, entrevista qualificada, acompanhada de um médico orientador escolhido entre os profissionais da rede **NOTREDAME INTERMÉDICA**, sem custo, na forma da resolução vigente ou um médico de livre escolha do **Beneficiário**, desde que assumo o ônus desta entrevista, para orientação no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde. A recusa do **Beneficiário** em submeter-se à referida entrevista o sujeitará à negativa da inclusão por parte da **NOTREDAME INTERMÉDICA**.
- 13.7.1 Uma vez realizada a perícia no ato da contratação, não caberá à **NOTREDAME INTERMÉDICA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente.
- 13.7.2. Verificada pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada pelo **Beneficiário** por ocasião de sua inclusão, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** comunicará imediatamente ao **Beneficiário** para que retifique a Declaração de Saúde por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário, nos termos na Resolução Normativa em vigor.
- 13.7.3 Caso o **Beneficiário** não concorde com esta alegação, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** encaminhará à ANS a documentação pertinente, 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA** pela ANS, o **Beneficiário** deverá efetuar à **NOTREDAME INTERMÉDICA** 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA** comunicou ao **Beneficiário** sobre a existência da mesma.
- 13.7.4. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** terá o prazo de 24 (vinte e quatro) meses para comprovar Doença ou Lesão Preexistente eventualmente omitida pelo **Beneficiário** na época de sua inclusão no plano.
- 13.7.5. 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.

14. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

14.1. Mecanismo Financeiro de Regulação - Coparticipação.

14.1.1. A coparticipação será aplicada de acordo com o plano contratado e os eventos e respectivos valores monetários ou percentuais sujeitos à coparticipação observarão os limites expressos nas Condições Específicas de Contratação de Plano de Saúde, que é parte integrante e indissolúvel do Contrato de Assistência à Saúde na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar Obstetrícia.

14.2. Gerenciamento de Ações de Saúde.

14.2.1. Autorização Prévia.

14.2.1.1. Será obrigatória a solicitação de autorização prévia (guia autorizada), por parte da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, para a realização de exames, terapias, cirurgias ambulatoriais, remoções e internações clínicas e cirúrgicas eletivas, a qual será emitida após análise das solicitações dos procedimentos especificados pelo médico assistente.

14.2.1.2. As solicitações de procedimentos deverão ser encaminhadas à **NOTREDAME INTERMÉDICA** pelo **Beneficiário** ou seu responsável, conforme orientações vigentes à época, que poderão ser consultadas através do portal: www.gndi.com.br, no Manual de Orientação ou através da Central de Atendimento.

14.2.1.3. As solicitações para internações hospitalares eletivas, clínicas ou cirúrgicas, na Rede Própria ou Credenciada da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, serão encaminhadas para as equipes médicas indicadas pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, que as avaliarão e as programarão dentro das necessidades do paciente, observados os prazos legais vigentes.

14.2.1.4. A autorização prévia observará os prazos para disponibilização do procedimento, conforme definido pela RN nº 259/2011.

14.2.1.5. Os serviços autorizados deverão ser realizados nos locais definidos no Manual de Orientação, conforme abrangência geográfica do plano contratado, definida nas condições específicas desta contratação.

14.2.1.6. As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos ou exames efetuados por profissional não pertencente à Rede Própria ou Credenciada da **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **NOTREDAME INTERMÉDICA** e **observadas as regras contratuais de Segunda Opinião e Junta Médica, cabendo à NOTREDAME INTERMÉDICA a disponibilização do procedimento na Rede Própria ou Credenciada e por profissionais igualmente credenciados.**

14.2.1.7. As internações de Urgência ou Emergência na Rede Credenciada, quando o tipo de plano permitir tal utilização, deverão ser comunicadas e regularizadas na Central de Atendimento em até 48 (quarenta e oito) horas a contar da data do evento.

14.2.2. Segunda Opinião Médica.

14.2.2.1. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** condicionará a autorização das internações clínicas e cirúrgicas eletivas, referentes aos procedimentos solicitados pelo médico assistente, à realização de Segunda Opinião Médica para os casos em que houver necessidade de uma melhor elucidação diagnóstica, respeitados os prazos para disponibilização do procedimento previsto pela RN nº 259/2001.

14.2.2.2. Quando necessário, a realização da segunda Opinião será presencial com o médico auditor da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, hipótese em que o **Beneficiário** estará obrigado a comparecer em consulta agendada pela mesma.

14.2.2.3. O não comparecimento do **Beneficiário** à consulta agendada para a realização da Segunda Opinião prejudicará a análise da autorização solicitada até sua realização.

14.2.2.4. Caso a Segunda Opinião Médica leve à conclusão pela não indicação do(s) Procedimento(s) solicitado(s), a definição do impasse dar-se-á através de Junta Médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo **Beneficiário**, por médico da **NOTREDAME INTERMÉDICA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

14.2.2.5. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** pagará os honorários do médico que nomeou, do médico nomeado pelo **Beneficiário Titular**, bem como do desempatador.

14.2.2.6. Não havendo consenso quanto à escolha do médico desempatador, este será nomeado, a pedido das partes, por representante de entidade médica reconhecida.

14.2.2.7. Os serviços autorizados deverão ser realizados nos locais definidos no Manual de Orientação ou ofertados pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, conforme abrangência geográfica e área de atuação do plano contratado definidas nas condições específicas desta contratação.

14.3. Direcionamento de Rede

14.3.1. As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos ou exames efetuados por profissional não pertencente à Rede Própria ou Credenciada da **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, 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 NOTREDAME INTERMÉDICA.**

14.3.2. O atendimento às especialidades abaixo relacionadas de acordo com o plano contratado estará sujeito a Direcionamento exclusivamente a profissionais 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 Bucomaxilofacial;
- d) Cirurgias Gástricas eletivas;
- e) Acompanhamento de Gestação de Risco;
- f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
- g) Neurocirurgias eletivas;
- h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);

14.3.2.1. O direcionamento a profissional e/ou estabelecimento de saúde, conforme item 14.3.2, não dispensa a análise prévia de autorização pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, de acordo com as coberturas contratadas.

14.3.3. O direcionamento acima mencionado, quando aplicável, estará descrito nas Condições Específicas de cada plano.

14.4. Locais de Atendimento - Porta de Entrada

14.4.1. Consultas Médicas serão realizadas nos Centros Clínicos Próprios da **NOTREDAME INTERMÉDICA** ou nos Consultórios particulares dos médicos especialistas credenciados de acordo com as características do plano contratado.

14.4.1.1. Poderá ser estabelecido que a porta de entrada para consultas, exames e tratamentos especiais e de rotina será, exclusivamente, a rede de Centros Clínicos Próprios da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, isto é, não serão admitidos como Porta de Entrada qualquer estabelecimento ou unidade pública ou privada que não faça parte da Rede Própria.

14.4.1.2. As consultas e tratamentos na rede de consultórios credenciados, quando não houver disponibilidade da especialidade médica nos Centros Clínicos Próprios da **NOTREDAME INTERMÉDICA** serão realizadas mediante autorização prévia fornecida pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** e somente por solicitação do médico assistente dos Centros Clínicos Próprios. Esta condição, quando aplicada, será prevista nas Condições Específicas do Plano Contratado.

14.4.2. Os exames complementares externos, os serviços auxiliares de Terapia, as internações e demais atendimentos previstos neste Contrato serão realizados nos locais indicados pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, exclusivamente dentro de sua Rede Própria ou Credenciada, específicos para cada Plano e desde que solicitados pelo médico assistente, quando autorizados previamente pelo departamento médico da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, resguardadas as situações de urgência ou em emergência previstas neste Contrato.

14.4.3. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** não será responsável pelos atendimentos realizados fora da rede ou por médicos, hospitais e outros serviços estranhos à sua rede, exceção feita aos casos previstos pela RN nº 259/2011, conforme previsto neste Contrato.

14.5. Carteira de Identificação

14.5.1. Para ter direito à assistência na Rede Própria ou Credenciada da **NOTREDAME INTERMÉDICA** será necessária a apresentação da Carteira de Identificação do **Beneficiário**, disponibilizada na forma digital, onde estiver em atendimento, junto com o documento de identificação oficial com foto, sendo vedado o atendimento na ausência destes.

14.5.1.1. Na falta da Carteira de Identificação do **Beneficiário** para atendimento na Rede Própria ou Credenciada, um exemplar da carteira digital poderá ser obtido através do aplicativo disponível no portal da **NOTREDAME INTERMÉDICA** (www.gndi.com.br).

14.5.1.2. O número da Carteira de Identificação poderá ser consultado na Central de Atendimento, no SAC ou através do aplicativo disponível no portal da **NOTREDAME INTERMÉDICA** (www.gndi.com.br).

14.5.2. Tratando-se de **Beneficiários** menores, que não possuem um documento de identidade com foto, será obrigatória a apresentação da Certidão de Nascimento.

14.5.3. No caso de eventual uso indevido da Carteira de Identificação, os custos decorrentes dos atendimentos prestados pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** ao **Beneficiário** serão considerados na sinistralidade da **Contratante**.

14.5.4. No caso de perda ou extravio da Carteira de Identificação do **Beneficiário**, a **Contratante** obrigatoriamente comunicará à **NOTREDAME INTERMÉDICA** no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

14.5.5. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** disponibiliza à **Contratante** e aos **Beneficiários**, através do portal: www.gndi.com.br, endereços e canais de atendimento, principais características dos planos contratados e relaciona a rede de prestadores próprios e de serviços contratados de cada plano.

14.5.6. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** disponibiliza aos **Beneficiários**, em seu portal (www.gndi.com.br), a Identificação Padrão da Saúde Suplementar passível de impressão da carteirinha em papel.

14.5.7. Deverá a **Contratante** esclarecer plenamente aos **Beneficiários** deste Contrato sobre o funcionamento e condições de utilização dos serviços contratados, visando o seu uso correto.

14.6. Alterações na Rede Credenciada.

14.6.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos **Beneficiários** e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

14.6.2. Na hipótese da substituição hospitalar ocorrer por vontade da **NOTREDAME INTERMÉDICA** durante período de internação do **Beneficiário**, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a **NOTREDAME INTERMÉDICA** a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico na forma do contrato, com exceção aos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação, quando a **NOTREDAME INTERMÉDICA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência e sem ônus adicional para o **Beneficiário**.

14.6.3. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** deverá solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS autorização expressa para tanto, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para os **Beneficiários**.

14.6.4. A inclusão de qualquer entidade hospitalar implica compromisso para com os **Beneficiários** quanto à sua manutenção ao longo da vigência do contrato (artigo 17 da Lei nº 9.656/1998).

15. REEMBOLSO DE PROCEDIMENTOS

15.1. Haverá a possibilidade de reembolso ao **Beneficiário** que tiver custeado as despesas de atendimento nos seguintes casos enumerados abaixo e, obrigatoriamente, quando a **NOTREDAME INTERMÉDICA** tiver sido devida e expressamente comunicada do fato com a antecedência devida e não tiver, dentro dos prazos e condições previstos na Resolução Normativa nº 259, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, publicada em 20 de julho de 2011 e suas atualizações, fornecido as alternativas previstas para o atendimento.

- a) Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município pertencente concomitantemente à área de atuação contratada e área de abrangência geográfica do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado.
- b) Indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado e nos municípios limítrofes, igualmente pertencentes concomitantemente à abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado.
- c) Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado, nos municípios limítrofes e na região de saúde, igualmente pertencentes concomitantemente à abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado.
- d) Indisponibilidade de prestador de serviços integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado e no município limítrofe, pertencentes à abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.
- e) Inexistência de prestador de serviços, integrante ou não da rede assistencial, para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado, no município limítrofe e na região de saúde, pertencentes à abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o **Beneficiário** esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.

15.1.1. Nas situações previstas na Cláusula de Garantia de Transporte, em que existe responsabilidade da **NOTREDAME INTERMÉDICA** em transportar o **Beneficiário**, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, haverá o reembolso das despesas de transporte.

15.1.2. A possibilidade de reembolso acima aludida, somente será obrigatoriamente atendida quando a **NOTREDAME INTERMÉDICA** tiver sido devida e expressamente comunicada pelo **Beneficiário** do fato gerador, à exceção dos casos de urgência e emergência com a antecedência devida e não estiver dentro dos prazos previstos na Resolução Normativa nº 259/2011. No momento da comunicação, o **Beneficiário** receberá um número de protocolo, que deverá obrigatoriamente acompanhar e identificar os documentos exigidos para o reembolso.

15.1.3. O reembolso para todos os planos com opção de acesso à livre escolha de prestadores será efetuado nos limites estabelecidos contratualmente para cada plano, conforme condições específicas.

15.2. Reembolso das despesas fora da rede assistencial nos casos de urgência e emergência (art. 12, da Lei nº 9656/98)

15.2.1. Os **Beneficiários** terão direito ao reembolso das despesas relacionadas nos casos de urgência ou emergência comprovada, dentro da abrangência geográfica, área de atuação e condições do plano contratado, nos termos do artigo 12, IV da Lei nº 9656/98, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, 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

15.2.2. 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, vigentes 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 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15.

15.2.2.1. 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.

15.2.3. As despesas médicas pagas diretamente pelo **Beneficiário, Titular** ou **Dependente**, 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**.

15.2.3.1. A Tabela de Procedimentos Médicos da **NOTREDAME INTERMÉDICA** estará disponível para consulta dos **Beneficiários** na sua sede e no portal da **NOTREDAME INTERMÉDICA**: www.gndi.com.br, o qual informará ainda o Cartório de Registro de Títulos e Documentos onde a tabela encontra-se registrada. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos referentes a esta tabela, o **Beneficiário** poderá contratar a Central de Atendimento da **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

15.2.3.2. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos, prestados ao **Beneficiário Titular** ou **Dependente** com serviço de assistência a 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 a Contratante, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

15.2.4. 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).

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

$REEMBOLSO = N^{\circ} \text{ de USNDI} \times \text{Valor USNDI} \times \text{Múltiplo do Plano} + \text{UCO (quando aplicável)}$

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 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 Consultas Médicas 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) Acupuntura 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 Consultas Médicas do plano – 1X TNDI

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

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

15.2.4.2. 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).

15.2.4.3. O reajuste do valor da USNDI para cálculo dos limites de reembolso poderá considerar a variação dos custos médico-hospitalares dos procedimentos cobertos por este contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato, tendo como parâmetro o que dispõe a Resolução CONSU nº 8.

15.3. **Solicitação de reembolso.**

15.3.1. Nos casos relacionados no item 15.1 e dentro dos limites das obrigações deste Contrato, obedecendo à área de abrangência geográfica, área de atuação do plano contratado e os mecanismos de regulação, deverão ser observadas as seguintes regras:

15.3.1.1. As despesas médicas pagas diretamente pelo **Beneficiário, Titular** ou **Dependente**, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este Contrato, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta médica, com base na TNDI, e 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**.

15.3.1.1.1. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos, prestados ao **Beneficiário Titular** ou **Dependente** com serviço de assistência a 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 Reembolso será faturada para a Contratante, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

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

15.3.2.1. O **Beneficiário** ou seu responsável deverá comunicar a ocorrência à **NOTREDAME INTERMÉDICA** em até 48 (quarenta e oito) horas após o início do atendimento para obtenção do número de protocolo do evento.

15.3.2.2. O Reembolso será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias corridos, a partir da data de entrega pelo **Beneficiário** da documentação completa exigida, para:

15.3.2.2.1. **Consultas médicas** - Os recibos em impresso próprio do prestador, ou notas fiscais originais e quitadas, devem conter as seguintes especificações:

- a) Nome completo do **Beneficiário** atendido;
- b) Local e data de realização/atendimento;
- c) Valor cobrado (numérico e por extenso)
- d) Nome completo do médico (quando pessoa física)
- 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**.
- g) **Consulta Psiquiátrica**: Enviar junto com a documentação, Relatório Médico com o Diagnóstico e Tratamento efetuado;
- h) **Consulta Pré-Natal**: Enviar junto com a documentação, Relatório Médico informando o tempo de gestação.

15.3.2.2.1.1. Serão cobertas as consultas com o mesmo médico no intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre uma e outra, uma vez que o valor de reembolso de cada consulta já contempla os retornos até 30 (trinta) dias.

15.3.2.2.1.2. Para um mesmo atendimento, não devem ser emitidos pelos médicos e apresentados para reembolso 2 (dois) ou mais recibos.

15.3.2.2.2. **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** atendido;
- 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 constar 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;
- k) Fisioterapia/Acupuntura: só serão reembolsadas se solicitadas por profissional inscrito no CRM;
- l) Radioterapia: Enviar também as cobranças dos médicos e hospital (custo operacional), caso haja cobrança separada;
- m) Todas as solicitações de reembolso de exames complementares e tratamentos ambulatoriais deverão ser acompanhadas obrigatoriamente das respectivas solicitações do médico assistente (pedido médico). A solicitação deverá conter especificamente:
 - m.1) Nome completo do **Beneficiário** atendido;
 - m.2) Hipótese diagnóstica que motivou a solicitação do exame; CID 10, desde que autorizado pelo **Beneficiário**;
 - m.3) Data da elaboração do pedido médico;
 - m.4) Carimbo com nome completo do médico, número do CRM, especialidade e assinatura;
 - m.5) Endereço e telefone para contato com o médico assistente, caso necessário.

15.3.2.2.2.1. **A NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá solicitar os resultados dos exames realizados para fins de reembolso, a critério da avaliação da auditoria médica, resguardado o sigilo médico.

15.3.2.2.2.2. Todos os exames complementares deverão vir acompanhados do respectivo pedido médico, que terá validade de 30 (trinta) dias a partir da data de emissão.

15.3.2.2.3. **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** atendido;
- 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 (cirurgiões, auxiliares, anestesistas, assistência ao recém-nascido, 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 complexos 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 utilizados com justificativa da urgência ou emergência. Quando houver retirada cirúrgica de órgãos ou lesões, deve ser anexada cópia do exame anatomopatológico.

15.3.2.2.4. **Despesas com Transporte**

- a) **Remoção em Ambulância:** Relatório Médico justificando a necessidade de remoção, diagnóstico do paciente, indicando a data do evento, local de saída, destino e quilometragem percorrida, especificação do tipo de ambulância (UTI ou ambulância simples);
 - a.1) Somente serão reembolsadas as despesas acompanhadas de relatórios médicos, caracterizando a necessidade de remoção de hospital para hospital;
- b) **Táxi:** Recibo original indicando 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 táxi/cooperativa; - Local e data da realização do serviço; - Assinatura do Taxista;
- c) **Transporte Coletivo** público ou privado Intermunicipal ou Interestadual (ônibus, trem, barco): Recibo original emitido pela empresa utilizada como transporte;
- d) **Veículo Particular:** Será tomada como base para reembolso a menor distância entre origem e destino, considerando verba específica por quilômetro rodado;
- e) **Transporte Aéreo:** Recibo original emitido pela cia. aérea utilizada.

15.3.2.3. Após a análise administrativa, de direitos contratuais, de avaliação técnica e de valores descontados às eventuais divergências, o reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da entrega à **NOTREDAME INTERMÉDICA** da documentação completa descrita no item anterior.

15.3.2.4. Excepcionalmente nos casos em que o **Beneficiário (Titular e/ou Dependente)**, não solicitar o reembolso, ficará facultado a este o direito de pleitear o reembolso à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, dentro do limite preestabelecido de no máximo de 1 (um) ano, referente ao prazo de prescrição constante na lei vigente, sendo resguardado à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, nestes casos, o pagamento das despesas em até 30 (trinta) dias após a entrega e conferência da documentação (art. 206 do Código Civil).

15.4. Pagamento do Reembolso.

O Reembolso será efetivado por depósito na conta bancária informada pelo **Beneficiário Titular** por escrito, não sendo permitida utilização da conta bancária de terceiros.

15.5. Reembolso por Livre Escolha de Prestadores.

As regras de reembolso por livre escolha de prestadores e múltiplos de reembolso estarão dispostas nas Condições Específicas dos planos com esta opção de contratação.

16. PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de **Beneficiário** poderá ocorrer nas seguintes situações:

16.1. Da perda da qualidade do **Beneficiário Titular**:

16.1.1. Por rescisão do presente Contrato;

16.1.2. Pelo término do vínculo com a **Contratante**, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos contributários, nos termos previstos da Lei, cabendo à **Contratante** comunicar aos **Beneficiários** as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

16.1.3. Por fraude praticada pelo **Beneficiário Titular**, ou inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato.

16.1.4. Por solicitação de exclusão, manifestada pelo próprio **Beneficiário Titular**.

16.2. Da perda da qualidade de **Beneficiário Dependente**:

16.2.1. Pela perda da condição de dependência;

16.2.2. Pela exclusão do **Beneficiário Titular**;

16.2.3. Por fraude praticada pelo **Beneficiário Dependente**, ou inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato.

16.2.4. Por solicitação de exclusão, manifestada pelo **Beneficiário Titular**.

17. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS.

17.1. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, que contribuir para o plano em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de **Beneficiário**, nas mesmas condições de cobertura assistencial, rede assistencial, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

17.1.1. O ex-empregado deve assumir integralmente o pagamento das contraprestações pecuniárias mensais, sob a forma de pré-pagamento, observados os seguintes períodos de manutenção e tempo de contribuição:

17.1.1.1. **Ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa**: 1/3 (um terço) do tempo em que tenha contribuído para o plano vigente ou seus sucessores, assegurado o mínimo de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

17.1.1.2. A qualquer tempo, a admissão em novo emprego acarretará o desligamento do **Beneficiário** e seus **Dependentes** deste plano;

17.1.1.3. **Aposentado**: Desde que tenha contribuído para o plano de saúde pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, poderá permanecer inscrito no plano de saúde enquanto perdurar o contrato ou até que seja admitido em novo emprego.

17.1.1.3.1. Ao ex-empregado aposentado que contribuiu no mesmo plano ou seu sucessor por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito à manutenção como **Beneficiário**, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, ou até que seja admitido em novo emprego.

17.1.1.4. A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

17.1.1.4.1. A obrigação de extensão a todo o grupo familiar não impede que a condição de **Beneficiário** seja mantida pelo ex-empregado individualmente ou com parte do seu grupo familiar, assim como não exclui a possibilidade de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de **Beneficiário**.

- 17.1.1.4.2. Caso o ingresso do novo cônjuge e filhos ocorra após 30 (trinta) dias do evento que originou a relação de dependência, a inclusão será realizada mediante os prazos contratuais de carências.
- 17.1.2. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao **Beneficiário** o direito de manutenção no plano, na proporção do período ou soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.
- 17.1.3. Para efeito de contagem de tempo de contribuição pelos ex-empregados demitidos ou exonerados e sem justa causa ou aposentados, são considerados os períodos em que os **Beneficiários** tenham contribuído em planos contratados sucessivamente pela **Contratante** com mais de uma operadora, desde que os contratos da cadeia de sucessão contratual tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9656/98.
- 17.1.4. A contribuição do **Beneficiário** no pagamento da contraprestação pecuniária em planos sucessivos em decorrência de vínculo empregatício com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação será considerada para fins dos direitos previstos nos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, como contribuição para um único plano, ainda que ocorra a rescisão do contrato de trabalho.
- 17.1.5. O período de contribuição do empregado para plano anterior da respectiva adaptação ou migração será considerado para efeito de contagem de tempo de contribuição a que se refere a Resolução Normativa nº 279/2011, alterada pela Resolução Normativa nº 287/2012.
- 17.1.6. O demitido sem justa causa e o aposentado deverão comunicar imediatamente à **NOTREDAME INTERMÉDICA** a sua admissão em novo emprego. O descumprimento dessa obrigação implicará o desligamento do **Beneficiário** e seus **Dependentes** do plano e na caracterização de fraude, sujeitando o **Beneficiário** a indenizar a **NOTREDAME INTERMÉDICA** das perdas e danos dela decorrentes.
- 17.1.7. Na manutenção da condição de **Beneficiário** no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, serão observadas as mesmas condições de segmentação, cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano ao qual estava vinculado durante a vigência do contrato de trabalho.
- 17.1.8. Ao ex-empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, e venha desta a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de **Beneficiário**, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/98, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias mensais.
- 17.1.9. Em caso de morte do **Beneficiário Titular**, demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, é assegurado o direito de permanência no plano de todo grupo de **Dependentes** inscritos, observado o plano a que tinha direito o **Titular** falecido, desde que manifestado o interesse pelo responsável legal da continuidade do benefício para a **NOTREDAME INTERMÉDICA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do falecimento do **Beneficiário Titular**, por responsável legal, assumindo este o pagamento das contraprestações pecuniárias mensais.
- 17.1.10. Caso o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa venha a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9656/98, será garantido aos seus Dependentes que se encontravam inscritos quando da vigência do contrato de trabalho o direito à manutenção na condição de Beneficiários.
- 17.1.11. O direito de manutenção assegurado ao **Beneficiário** demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.
- 17.1.12. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus Dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **Beneficiário** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, e artigo 7º C da RN nº 186, de 2009, e suas alterações posteriores.
- 17.1.13. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **Contratante**, não se considera contribuição os valores relacionados aos Dependentes e agregados, a coparticipação ou franquias paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.
- 17.1.14. Quando da opção pelo **Beneficiário** de seu ingresso em um plano de categoria superior àquele oferecido sem ônus pela **Contratante**, mediante a assunção do pagamento da diferença do valor existente entre as contraprestações pecuniárias mensais, considera-se este valor como contribuição, assegurando ao **Beneficiário** os direitos previstos nesta cláusula.
- 17.1.15. A **Contratante** poderá subsidiar o plano dos ex-empregados ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento.
- 17.1.16. Fica estabelecido que o período de permanência dos Dependentes não pode exceder o prazo legal estipulado para os Beneficiários Titulares.

17.2. Inscrição e desligamento dos demitidos e aposentados.

17.2.1. A **Contratante**, no ato da comunicação do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado ou aposentadoria, deverá comunicar por escrito ao **Beneficiário Titular** demitido ou aposentado sem justa causa ou aposentado do seu direito de opção ou não pela manutenção da condição de **Beneficiário**, o qual deverá ser exercido, no prazo de até 30 (trinta) dias, desta comunicação, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias mensais.

17.2.2. A contagem do prazo supraprevisto somente se iniciará a partir da data da comunicação formal da **Contratante** ao ex-empregado.

17.2.3. A opção do **Beneficiário** demitido ou aposentado em manter sua condição de **Beneficiário** no plano de saúde deverá ser formalizada ao Departamento de Recursos Humanos (RH) da **Contratante** mediante fornecimento dos seguintes documentos:

- a) Formulário próprio fornecido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, denominado “Termo de Opção de Continuidade”, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário “COMUNICADO PARA OPÇÃO PELA CONTINUIDADE ARTS. 30 e 31 DA LEI PLANOS DE SAÚDE - LEI Nº 9656/98”;
- c) Cópia do último holerite ou documentos emitidos pela empresa que demonstrem os descontos referentes à contribuição ao Plano de Assistência à Saúde - Comprovante de residência em nome do Titular;
- d) Cópias do RG / CPF ou CNH do Titular e dependente(s) quando maiores de 18 (dezoito) anos;
- e) Cartão SUS (Sistema Único de Saúde) do Titular e dependente(s);
- f) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- g) No caso de Aposentado: apresentar, além dos documentos citados acima, cópia da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS.

17.2.4. Caberá à **Contratante** enviar eletronicamente, via e-mail disponibilizado pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, a documentação prevista nos formulários de opção à continuidade no plano à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, conforme previsão contratual.

17.2.5. Caberá ao demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado que optar pela manutenção na condição de **Beneficiário** o pagamento integral da contraprestação pecuniária do plano de saúde.

17.2.6. O valor integral da mensalidade que caberá ao ex-empregado é composto pela contribuição do empregador somada à participação do empregador, nas hipóteses em que há subsídio pelo empregador.

17.2.7. A cobrança do valor da contraprestação pecuniária mensal do plano de saúde do **Beneficiário** será realizada por faixa etária, observada a tabela de custos por faixa etária disposta na Proposta de Contratação e/ou Aditamento.

17.2.7.1. A tabela de preços por faixa etária com suas devidas atualizações estará disponível para consulta a qualquer tempo pelos **Beneficiários** no Departamento de Recursos Humanos (RH) da **Contratante** ou na **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

17.2.7.2. O reajuste do valor da contraprestação pecuniária paga pelo demitido/exonerado sem causa ou aposentado observará as mesmas regras do contrato para todas as previsões de reajuste, incluindo o reajuste por faixa etária.

17.2.8. Em caso de atraso de 8 (oito) dias do pagamento das mensalidades pelo **Beneficiário** demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, contados do vencimento das contraprestações pecuniárias mensais, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá suspender a execução dos serviços, independentemente de aviso ou notificação prévia, sem prejuízo da cobrança do valor total acrescido de multa de 2% (dois por cento), mais a atualização com base na variação percentual acumulada do Índice de 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 pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente; e

17.2.9. Em caso de inadimplemento superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, a contar da data do vencimento, caracterizado pelo não pagamento de qualquer valor devido, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá ainda considerar imediatamente desligado o **Beneficiário Titular** inadimplente e seu(s) Dependente(s) inscrito(s), sem prejuízo da cobrança do total devido, acrescido dos percentuais previstos no item anterior.

17.2.10. Os demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, e seus Dependentes, perderão o direito à permanência nas seguintes hipóteses:

- a) Por não pagamento da contraprestação pecuniária mensal;

- b) Por não pagamento da contraprestação pecuniária mensal pelo período de 30 (trinta) dias consecutivos a contar da data de vencimento;
- c) No caso de encerramento ou cancelamento do plano mantido pela **Contratante**;
- d) Quando o **Beneficiário Titular** demitido ou aposentado for admitido em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso de ex-empregado em um plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;
- e) Quando expirar o prazo de permanência previsto para o demitido e para o aposentado que contribuiu para o plano por prazo inferior a 10 anos;
- f) Quando constatada fraude, tentativa de fraude, dolo ou inobservância das obrigações estabelecidas na lei ou neste contrato;
- g) Quando vier a ser solicitada a exclusão pelo **Beneficiário Titular** diretamente à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, quer seja a sua própria exclusão ou a de seu(s) Dependente(s);
- h) Quando falecido o **Beneficiário Titular** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado e não manifestada a intenção de permanência no plano pelos Dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias do falecimento, pelo responsável legal.

17.2.11. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá solicitar a qualquer tempo, no momento da utilização de qualquer serviço em sua Rede Própria pelo **Beneficiário** demitido ou aposentado, a apresentação da Carteira de Trabalho, para averiguação se o mesmo foi admitido em novo emprego, de acordo com o art. 26, inciso II, da RN nº 279/2011.

17.3. Continuidade após cancelamento do benefício pela Contratante.

17.3.1. Em caso de cancelamento do benefício de plano de saúde oferecido aos **Beneficiários** pela **Contratante**, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** colocará à disposição dos empregados e ex-empregados da **Contratante**, a preços da tabela vigente para pessoas físicas, seu plano de saúde na modalidade Individual ou Familiar, **desde que este plano esteja sendo comercializado na ocasião**.

17.3.2 A **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá aproveitar os prazos de carências já cumpridos no plano coletivo cancelado, desde que a inscrição do **Beneficiário** no plano Individual ou Familiar seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do cancelamento do benefício pela **Contratante**, nos termos da Resolução CONSU nº 19/99.

18. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

18.1. Formação de preço.

São garantidos os atendimentos, sob a forma de preço preestabelecido per capita, através de contraprestação pecuniária mensal, dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. O valor da contraprestação pecuniária mensal encontra-se na Proposta de Contratação Coletiva, parte integrante deste Contrato.

18.1.1. Na composição do preço das contraprestações mensais não estão incluídos os custos referentes aos **Beneficiários** cujas internações, inclusive domiciliares, e/ou tratamentos de alto custo, assim considerados os procedimentos de alta complexidade previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, tenham se iniciado anteriormente à data de início de vigência deste Contrato e/ou de conhecimento prévio da **Contratante**, e que não tenham sido informados à **NOTREDAME INTERMÉDICA**, pela **Contratante**, prévia e formalmente à elaboração da Proposta Comercial, mediante protocolo. **Os custos decorrentes de tais atendimentos não serão de responsabilidade da NOTREDAME INTERMÉDICA.**

18.1.2. Não deverá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária mensal entre os **Beneficiários** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados.

18.2. Pagamento da contraprestação pecuniária mensal

18.2.1. O pagamento das contraprestações pecuniárias mensais à **NOTREDAME INTERMÉDICA** será de responsabilidade da **Contratante**, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

18.2.1.1. O pagamento das contraprestações pecuniárias mensais será efetuado na data de pagamento prevista na Proposta de Contratação e/ou aditamento.

18.2.1.2. A fatura mensal para pagamento das contraprestações pecuniárias estará disponibilizada no Portal do GNDI (www.gndi.com.br), observando antecedência da data do respectivo vencimento para eventual consulta.

18.2.2. O faturamento será efetuado com base no total de **Beneficiários** (Titulares e Dependentes), ativos e contratados no mês imediatamente anterior a que se refere.

18.2.2.1. Na falta de informação pela **Contratante** do número total de **Beneficiários** de forma atualizada, fica a **NOTREDAME INTERMÉDICA** autorizada a faturar com base nos números relativos ao mês imediatamente anterior, de acordo com o cadastro da **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

18.2.2.2. As inclusões e/ou movimentações de **Beneficiários** realizadas fora dos prazos previstos neste contrato serão faturadas integralmente à **Contratante** no mês imediatamente posterior ao mês base de faturamento, desconsiderando-se o critério pro rata die.

18.2.3. Na hipótese de haver redução de mais de 30% (trinta por cento) da massa inicial de **Beneficiários** constante da proposta de contratação empresarial no decorrer da vigência do Contrato, o faturamento mínimo será realizado considerando-se o percentual de 70% (setenta por cento) desta massa.

18.2.3.1. Será considerado para cálculo do faturamento mínimo o valor da menor contraprestação pecuniária entre os planos contratados, dos **Beneficiários** ativos.

18.2.4. 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.

18.2.5. Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias mensais, os **Beneficiários** terão as coberturas aqui ajustadas suspensas, até que sejam quitados os valores devidos, acrescidos dos encargos de mora acima pactuados. Após o pagamento e a devida comprovação, a cobertura dos serviços será restabelecida em até 72 (setenta e duas) horas.

19. DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS E REGRAS PARA APLICAÇÃO DE REAJUSTE ÚNICO

19.1. EMPRESAS com 2 a 29 Beneficiários.

19.1.1. Em razão do disposto na Resolução Normativa – RN nº 309, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, publicada em 25/10/2012, seguem adiante as regras do cálculo do Índice de Reajuste Único Coletivo - IRUc, a ser aplicado nos contratos das empresas pertencentes a este agrupamento de contratos.

19.1.2. O IRUc será calculado anualmente no período de apuração (janeiro a dezembro), com base nos dados de Receitas e Despesas, com divulgação até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano e mantido no portal da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, identificando os contratos que serão reajustados com o número de registro na ANS, o código informado no sistema RPC e seus respectivos planos.

19.1.3. A apuração do número de **Beneficiários** de cada contrato ocorrerá na data:

- a) do início de vigência do contrato, para contratos com menos de 12 meses de vigência; e
- b) na data do último aniversário, para contratos com mais de 12 meses de vigência.

Ambas as datas estão compreendidas pelo período de apuração (janeiro a dezembro) em que serão coletados os dados para cálculo dos reajustes descritos a seguir.

19.1.4. A apuração da quantidade de **Beneficiários** do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

19.1.5. Cálculo do Índice de Reajuste Único Coletivo - IRUc

A contraprestação pecuniária mensal será reajustada anualmente pelo Índice de Reajuste Único Coletivo – IRUc, o qual é composto pelos índices de Reajuste Financeiro e Reajuste Técnico.

19.1.5.1. REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH).

O reajuste financeiro toma por base o Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares – IVCMH, composto pela variação dos preços dos Honorários Médicos, das Diárias e Taxas Hospitalares, dos Medicamentos, dos Materiais Hospitalares e Gases Medicinais, das Despesas Gerais de Administração e do impacto de novos impostos e Contribuições Sociais incidentes sobre as operações da **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

19.1.5.2. REAJUSTE TÉCNICO (ISc).

O reajuste técnico tem por objetivo manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato e sua aplicação considera o Índice de Sinistralidade Coletivo - ISc, calculado pela seguinte expressão:

$$ISc =$$

sendo:

Da – Total de despesas assistenciais referentes às Empresas integrantes do Agrupamento incorridas no período de 12 (doze) meses.

Mr – Total de contraprestações pecuniárias líquidas recebidas no mesmo período em que a Da foi apurada referentes às Empresas integrantes do agrupamento.

β – Percentual máximo estabelecido para a relação Da / Mr, previsto para todos os contratos integrantes deste Agrupamento, especificamente para este caso, **$\beta = 60\%$** .

19.1.6. Cálculo do Índice de Reajuste Único - IRUc

Considerados os dois índices de reajuste (Técnico e Financeiro), o índice de reajuste único - IRUc gerado pela composição de ambos, a ser aplicado nos respectivos aniversários dos contratos das empresas pertencentes a este agrupamento, será apurado pela seguinte expressão:

$$\text{IRUc} =$$

19.1.6.1. O reajuste da contraprestação será aplicado a partir do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, inclusive.

19.1.6.2. A aplicação do índice IRUc será comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos termos da legislação vigente.

19.1.6.3. O reajuste das empresas integrantes deste agrupamento se dará no mês de aniversário do Contrato, que ocorrer no **período de maio a abril** do ano imediatamente subsequente ao exercício civil em que o IRUc foi apurado.

19.1.6.4. Na hipótese de um contrato pertencente a este agrupamento, na data do seu aniversário, possuir mais de 29 (vinte e nove) **Beneficiários**, este será automaticamente enquadrado no agrupamento de empresas com 30 a 99 **Beneficiários** ou para o agrupamento de empresas com 100 a 249 **Beneficiários**.

19.1.6.5. Caso atinja mais de 249 **Beneficiários**, o mesmo deixará de ter seu contrato vinculado a um destes agrupamentos, hipótese que o conduzirá a ter índice de reajuste calculado através das fórmulas descritas nos itens **19.1.6.5.2.** e **19.1.6.5.3.**, considerando dados observados com sua exclusiva operação.

19.1.6.5.1. Cálculo do índice de reajuste (IR)

A apuração de IR será obtida pela seguinte expressão:

$$\text{IR} =$$

19.1.6.5.2. REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH)

O Reajuste Financeiro (IVCMH) apurado, conforme descrito no item 19.1.5.1.

19.1.6.5.3. REAJUSTE TÉCNICO (IS)

O Reajuste Técnico (IS) para empresas com este número de **Beneficiários** possui a mesma fórmula de cálculo descrita no item 19.1.5.2. porém seus parâmetros devem observar as seguintes alterações:

a) Da – Total de despesas assistenciais, incorridas no período de 12 (doze) meses, excluídos os 3 (três) primeiros meses, quando a empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.

b) Mr – Total de contraprestações pecuniárias mensais líquidas recebidas no mesmo período em que a Da foi apurada, excluídos os 3 (três) primeiros meses, quando a empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.

β – Especificamente para estes agrupamentos, **β = 70%**

19.2. EMPRESAS com 30 a 99 Beneficiários E EMPRESAS com 100 a 249 Beneficiários

Além do agrupamento de contratos descrito no item anterior (empresas com 2 a 29 **Beneficiários**), estão previstos mais 2 agrupamentos de contratos: empresas com **30 a 99 Beneficiários** e empresas com **100 a 249 Beneficiários**.

19.2.1. Cálculo do índice de reajuste único - **IRUc** para estes dois agrupamentos.

A fórmula de apuração de **IRUc para cada** um destes agrupamentos será a mesma indicada no item 19.1.6., sendo que:

19.2.1.1. REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH)

O Reajuste Financeiro (IVCMH) apurado conforme descrito no item 19.1.5.1.

19.2.1.2. REAJUSTE TÉCNICO (ISc)

O Reajuste Técnico (ISc) para este agrupamento possui a mesma fórmula de cálculo descrita no item 19.1.5.2., porém seus parâmetros devem observar as seguintes alterações:

a) Da – Total de despesas assistenciais avisadas, referentes às empresas integrantes do Agrupamento, incorridas no período de 12 (doze) meses, excluídos os 3 (três) primeiros meses, quando a empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.

b) Mr – Total de contraprestações pecuniárias mensais líquidas recebidas no mesmo período em que a Da foi apurada referentes às empresas integrantes do agrupamento, excluídos os 3 (três) primeiros meses, quando a empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.

β – Especificamente para estes agrupamentos, **β = 70%**

20 . REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

20.1. O valor das contraprestações pecuniárias mensais iniciais do plano de saúde será diretamente proporcional à idade dos **Beneficiários** incluídos.

20.2. As contraprestações pecuniárias mensais serão também reajustadas sempre que, no transcurso da vigência deste Contrato, ocorrer mudança de faixa etária do **Beneficiário**, de acordo com os valores então vigentes.

20.3. 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 à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixa, conforme incisos I e II da Resolução Normativa RN nº 63/2003.

20.4. A variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o **Beneficiário** completar a idade limite prevista, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente ao do aniversário do **Beneficiário**, conforme faixas etárias e percentuais constantes nas Condições Específicas de cada plano.

21. REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

21.1. A aplicação do reajuste será comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da legislação vigente.

21.2. **Considera-se reajuste para fins deste contrato qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio técnico atuarial do Contrato.**

21.2.1. As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do Contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

21.3. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** comunicará à **Contratante** o valor da contraprestação pecuniária recalculada, com 30 (trinta) dias de antecedência da efetiva cobrança.

21.4. As contraprestações pecuniárias mensais recalculadas serão cobradas automaticamente e deverão ser pagas na fatura do mês seguinte à comunicação citada no subitem anterior. Na hipótese de não pagamento integral da fatura, esta não será caracterizada como quitada.

21.5. As partes poderão de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula acima descrita optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

21.6. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da legislação vigente, a aplicação do reajuste por sinistralidade.

22. PRAZO DE VIGÊNCIA

22.1 O presente Contrato terá vigência de 12 (doze) meses com renovação automática, por prazo indeterminado, a partir da vigência inicial, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como incidência de qualquer período adicional de carências.

22.2. A data de início da vigência do Contrato, para efeito de atendimentos aos **Beneficiários**, será aquela pactuada entre as partes na Proposta de Contratação coletiva e/ou aditamento contratual que regulará as condições especiais desta contratação.

23.1.1.4. Imotivadamente, por qualquer das Partes, transcorrido o prazo inicial de 12 (doze) meses, mediante prévia notificação escrita a ser enviada pela parte denunciante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

23.1.1.4.1. Durante o período de aviso prévio, o número de Beneficiários não poderá ser reduzido, exceto por perda da qualidade de **Beneficiário**, e as contraprestações mensais restantes serão calculadas pela média das 6 (seis) contraprestações imediatamente anteriores à data do aviso prévio, salvo se esta média for inferior ao valor médio da última contraprestação a ser paga, caso em que este valor prevalecerá para o cálculo acima previsto.

23.1.1.5. Verificada a ilegitimidade da **Contratante** na modalidade de empresário individual ou falta de comprovação de sua regularidade, no aniversário do Contrato, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, com a ressalva de que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

23.1.1.5.1. À exceção da ilegitimidade e inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial contratado por empresário individual somente poderá ser rescindido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA** na data de seu aniversário mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, em que conste as razões da rescisão no ato da comunicação.

23.1.1.5.2. Na hipótese de inadimplência, observados os prazos e condições da cláusula 23.1.1.1, o Contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia à **Contratante**, informando que, em caso de não pagamento, o Contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

23.1.1.6. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá ainda cancelar o contrato na hipótese de informações incorretas ou inverídicas da **Contratante**, omitindo informações que possam influir na aceitação do contrato ou ainda para auferir vantagens próprias ou para seus **Beneficiários**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

23.1.1.6.1. Nas hipóteses de extinção do contrato por fraude ou violação contratual, a **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá ainda buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

23.2. Caso a **Contratante** rescinda imotivadamente ou venha a dar causa à rescisão do Contrato, inclusive no caso de inadimplência, antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses iniciais de vigência do contrato, ficará sujeita ao pagamento do montante equivalente ao valor correspondente à totalidade das contraprestações pecuniárias mensais vincendas até o 12º mês.

23.2.1. A **Contratante**, neste ato, concorda e se compromete com referido pagamento, através de fatura complementar, com data de vencimento no último dia de vigência do Contrato.

23.3. Ainda na hipótese de rescisão deste Contrato, por qualquer motivo, a **Contratante** compromete-se a:

(i) transferir todos os **Beneficiários** ativos e inativos para a Operadora de Plano de Saúde e/ou Seguradora de Saúde por ela contratada, de modo que os atendimentos assistenciais, inclusive aqueles decorrentes de ordem judicial, sejam integralmente assumidos pela nova Operadora/Seguradora. Caso tal fato não ocorra, a **Contratante** desde já se responsabiliza por reembolsar a **NOTREDAME INTERMÉDICA** de todas as despesas decorrentes dos atendimentos que esta possa vir a ser compelida a prestar, acrescidas de 20% (vinte por cento) a título de taxa de administração e dos impostos incidentes, na forma da legislação, assim como pelas custas e despesas judiciais, honorários advocatícios, penalidades/multas (inclusive pecuniárias) etc., decorrentes de processos judiciais ou administrativos interpostos ou originados pelos **Beneficiários** contra a **NOTREDAME INTERMÉDICA** para esse fim;

(ii) reembolsar a **NOTREDAME INTERMÉDICA** de todas as cobranças efetuadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a título de ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde, cuja cobrança tenha sido recebida e não considerada para o cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão do Contrato.

23. SUSPENSÃO/RESCISÃO

23.1. Caso a **Contratante** atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias mensais por período superior a 8 (oito) dias, o direito à cobertura e ao reembolso do plano privado de assistência à saúde será suspenso para todos os **Beneficiários**.

23.1.1. O Contrato poderá ser rescindido nas seguintes situações:

23.1.1.1. No caso de inadimplência pela **Contratante**, pelo não pagamento das contraprestações pecuniárias mensais por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de contrato.

23.1.1.2. Qualquer tolerância pelas partes em relação às cláusulas e condições do presente instrumento ou mesmo o retardamento da exigibilidade de direitos não importará em precedente, novação, moratória ou alteração, permanecendo todos os termos deste Contrato plenamente exigíveis.

23.1.1.3. Na existência de apenas 1 (um) **Beneficiário** no plano.

23.1.1.4. Imotivadamente, por qualquer das Partes, transcorrido o prazo inicial de 12 (doze) meses, mediante prévia notificação escrita a ser enviada pela parte denunciante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

23.1.1.4.1. Durante o período de aviso prévio, o número de **Beneficiários** não poderá ser reduzido, exceto por perda da qualidade de **Beneficiário**, e as contraprestações mensais restantes serão calculadas pela média das 6 (seis) contraprestações imediatamente anteriores à data do aviso prévio, salvo se esta média for inferior ao valor médio da última contraprestação a ser paga, caso em que este valor prevalecerá para o cálculo acima previsto.

23.1.1.5. Verificada a ilegitimidade da **Contratante** na modalidade de empresário individual ou falta de comprovação de sua regularidade, no aniversário do contrato, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, com a ressalva de que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

23.1.1.5.1. À exceção da ilegitimidade e inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial contratado por empresário individual somente poderá ser rescindido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, em que conste as razões da rescisão no ato da comunicação.

23.1.1.5.2. Na hipótese de inadimplência, observados os prazos e condições da cláusula 23.1.1.1, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia à **Contratante**, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

23.1.1.6. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá ainda cancelar o contrato na hipótese de informações incorretas ou inverídicas da **Contratante**, omitindo informações que possam influir na aceitação do contrato ou ainda para auferir vantagens próprias ou para seus **Beneficiários**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

23.1.1.6.1. Nas hipóteses de extinção do contrato por fraude ou violação contratual a **NOTREDAME INTERMÉDICA** poderá ainda buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

23.2. Caso a **Contratante** rescinda imotivadamente ou venha a dar causa à rescisão do Contrato, inclusive no caso de inadimplência, antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses iniciais de vigência do contrato, ficará sujeita ao pagamento do montante equivalente ao valor correspondente à totalidade das contraprestações pecuniárias mensais vincendas até o 12º mês.

23.2.1. A **Contratante**, neste ato, concorda e se compromete com referido pagamento, através de fatura complementar, com data de vencimento no último dia de vigência do Contrato.

23.3. Ainda na hipótese de rescisão deste Contrato, por qualquer motivo, a **Contratante** compromete-se a:

(i) transferir todos os **Beneficiários** ativos e inativos para a Operadora de Plano de Saúde e/ou Seguradora de Saúde por ela contratada, de modo que os atendimentos assistenciais, inclusive aqueles decorrentes de ordem judicial, sejam integralmente assumidos pela nova Operadora/Seguradora. Caso tal fato não ocorra, a **Contratante** desde já se responsabiliza por reembolsar a **NOTREDAME INTERMÉDICA** de todas as despesas decorrentes dos atendimentos que esta possa vir a ser compelida a prestar, acrescidas de 20% (vinte por cento) a título de taxa de administração e dos impostos incidentes, na forma da legislação, assim como pelas custas e despesas judiciais, honorários advocatícios, penalidades/multas (inclusive pecuniárias) etc., decorrentes de processos judiciais ou administrativos interpostos ou originados pelos **Beneficiários** contra a **NOTREDAME INTERMÉDICA** para esse fim;

(ii) reembolsar a **NOTREDAME INTERMÉDICA** de todas as cobranças efetuadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a título de ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde, cuja cobrança tenha sido recebida e não considerada para o cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão do Contrato.

(iii) reembolsar a **NOTREDAME INTERMÉDICA** de todas as despesas referentes aos atendimentos assistenciais prestados aos **Beneficiários**, cujas contas médicas tenham sido recebidas no período de até 60 (sessenta) dias contados da data da efetiva rescisão do contrato.

(iv) assumir a responsabilidade por todos os custos, penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em reclamações, seja de que natureza forem, intentada pelos **Beneficiários**, que venham a ser mantidos na qualidade de **Beneficiários** da **NOTREDAME INTERMÉDICA**, após o término de vigência do Contrato.

(v) assumir a responsabilidade integral por todos os custos, a partir da rescisão/encerramento do contrato, bem como por penalidades, multas e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida contra a **NOTREDAME INTERMÉDICA**, que envolva os **Beneficiários** do contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a **NOTREDAME INTERMÉDICA** venha a despendar em decorrência de reclamações, seja de que natureza forem, envolvendo os **Beneficiários**, desde que o fato gerador tenha ocorrido fora do período de vigência do Contrato.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA** por escrito.

24.2. Os direitos relativos ao presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados sem a anuência de ambas as partes.

24.3. A **NOTREDAME INTERMÉDICA**, como Operadora de planos privados de assistência à saúde, está registrada no Conselho Regional de Medicina, sob responsabilidade de diretor técnico médico e promove todas as ações necessárias para a observância da legislação relativa ao sigilo médico.

24.4. Não cabe à **Contratante** 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

24.5. A precificação do presente Contrato considerou que a cobertura prestada restringe-se exclusivamente àquela constante do Rol de Procedimentos da ANS. Fica então ajustado que, caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais ou quaisquer tipos de cobertura ou quaisquer concessões não previstas nas condições deste Contrato, demandadas por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, as Partes acordam que:

(i) nos casos em que a **Contratada** for considerada responsável pelo pagamento das despesas acima mencionadas, a **Contratada** deverá notificar a **Contratante**, em até 10 (dez) dias do recebimento da citação judicial ou notificação administrativa, sobre a ocorrência da situação, para que a **Contratante** tenha a oportunidade de intervir e se manifestar a respeito, podendo indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

(ii) discutirão meios alternativos para atender à determinação judicial, inclusive a sua possível reversão, incluindo emvidarem esforços junto ao **Beneficiário** para orientá-lo sobre as alternativas disponíveis junto à Rede Credenciada da **Contratada**.

24.5.1. Se as partes não obtiverem êxito na reversão do cumprimento da obrigação decorrente da decisão judicial ou administrativa, o ônus financeiro, exclusivamente no tocante à cobertura do(s) procedimento(s) não coberto(s), será(ão) objeto de avaliação pela **Contratada**, com vistas à aprovação do valor da cobertura, observado o seguinte:

(i) cobertura de procedimento previsto no Rol de Procedimentos da ANS: o valor aprovado será alocado junto às despesas assistenciais do Contrato (reversão para sinistro);

(ii) cobertura de procedimento não previsto no Rol de Procedimentos da ANS: o valor aprovado poderá ser alocado junto às despesas assistenciais do contrato (reversão para sinistro) ou ressarcido à **Contratada** a título de custo operacional, via fatura complementar, cuja definição caberá exclusivamente à **Contratante**.

24.5.1.1. A inobservância da previsão constante no item acima desobrigará a **Contratante** ao reembolso de qualquer despesa.

24.5.2. O evento que for quitado pela **Contratante** não será considerado para fins de cálculo da sinistralidade do contrato.

24.6. A **NOTREDAME INTERMÉDICA** mantém em sua sede o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) para informações gerais, orientações, esclarecimentos e para solucionar eventuais divergências de qualquer natureza que possam ocorrer referentes aos serviços prestados.

24.6.1. Quando houver divergências, o NAC 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 **NOTREDAME INTERMÉDICA**.

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

24.6.1.2. O NAC emitirá um parecer sobre a divergência, buscando tomar as providências necessárias e solucionar o caso em conformidade com o que foi apurado.

24.7. 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.

24.8. A **Contratante**, neste ato, declara ter ciência de que as informações oriundas do presente Contrato, principalmente, mas não se limitando, às informações médicas dos **Beneficiários**, eventualmente fornecidas na forma do Código de Ética Médica, bem como às informações financeiras e atuariais, fornecidas através de relatórios ou qualquer outra forma, são confidenciais.

24.8.1. A **Contratante** se compromete a zelar por todas as informações recebidas, de forma a evitar que sejam reveladas a terceiros, utilizando para tanto o mesmo zelo e cuidado que dispensa às suas próprias informações de igual importância.

24.8.2. A não observância desta Cláusula sujeitará a **Contratante**, como também o agente causador ou facilitador a ela vinculado, o pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridos pela **NOTREDAME INTERMÉDICA**, sem prejuízo da responsabilidade criminal, que serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

24.8.3. O término do presente Contrato não desobriga a **Contratante** quanto ao compromisso de confidencialidade aqui estipulado em relação às informações divulgadas anteriormente à efetiva data de seu encerramento.

24.9. A **Contratante**, neste ato, declara ter ciência de que, por força do artigo 32 da Lei nº 9656/98, todos os atendimentos médico-hospitalares prestados pela rede pública de saúde a quaisquer dos **Beneficiários** do presente Contrato serão cobrados da **NOTREDAME INTERMÉDICA** pela ANS (ressarcimento ao SUS), constituindo-se, dessa forma, em custos assistenciais da **Contratante**, e considerados para fins de cálculo dos índices de sinistralidade.

24.10. O relacionamento dos colaboradores pertencentes ao **GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA** com os fornecedores e parceiros são pautados no Programa de Compliance (Anexo), bem como no Código de Conduta Ética, disponibilizado no www.gndi.com.br, e no www.gndi.riweb.com.br, sendo certo que qualquer prática por parte dos prepostos diversa das contidas no referido Código serão consideradas nulas para todos os fins e efeitos, podendo, ainda, constituir causa bastante para rescisão deste Contrato se constatada a participação ou concorrência da outra parte no Contrato para configuração da infração, em especial nas hipóteses de corrupção.

25. FORO

Fica eleito o foro do domicílio da Contratante para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

_____, ____ de _____ de 20____

CONTRATANTE

Assinatura do Representante Legal da Empresa sob carimbo CNPJ

Nome: _____

RG: _____

NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.

Nome: _____

RG: _____

TESTEMUNHA

Nome: _____

RG: _____

TESTEMUNHA

Nome: _____

RG: _____



WWW.GNDI.COM.BR

SÃO PAULO

Av. Paulista, 867

Bela Vista - São Paulo/SP

Tels.: (11) 3155 2040 / 0300 773 2212