

**ADM**Administradora
de benefícios

Administradora: ADM Administradora de Benefícios Ltda.

CNPJ: 09.035.280/0001-48

Registro na ANS nº 417556

Operadora: Notre Dame Intermédica Saúde S.A.

CNPJ: 44.649.812/0001-38

Nº de registro na ANS: 359017

Nº do registro de produtos: 474.363/15-6; 474.364/15-4; 474.439/15-0;
474.438/15-1; 474.433/15-1; 474.432/15-2; 474.341/15-5; 474.340/15-7;
474.418/15-7; 474.333/15-4; 474.416/15-1; 474.358/15-0; 474.414/15-4;
474.356/15-3; 474.347/15-4; 474.428/15-4; 474.352/15-1; 474.424/15-1;
474.422/15-5; 474.350/15-4 474.420/15-9; 474.348/15-2; 474.362/15-8;
474.467/15-5; 474.462/15-4 474.461/15-6; 474.460/15-8; 474.459/15-4;
474.449/15-7; 474.447/15-1; 474.448/15-9; e 474.445/15-4.

Site: <http://www.aon.com/brasil/manual-beneficiario.jsp>

Tel.: (11) 4095-1010

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adeção ou Coletivo Empresarial.	13
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	12
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	37
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	31
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	20
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	34
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	37

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	37
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	40
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	68
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	69
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	61
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	52

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos a você nosso **Plano de Assistência à Saúde NOTRE DAME INTERMÉDICA – Empresarial**.

Os nossos Produtos estão associados à tradição, inovação, segurança e qualidade diferenciada de serviços, uma marca da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, empresa especializada em saúde atuando no país há mais de 40 anos, aliada ao conceito de Gestão Integral – Promoção e Prevenção de Saúde, englobando a manutenção e a recuperação da saúde de seus **Beneficiários**.

O dimensionamento adequado dos recursos, o compromisso com a qualidade dos serviços, os investimentos e aplicações de conceitos modernos de gerenciamento e novas formas de operação traduzem uma postura estratégica de constante aprimoramento e inovação, conquistando índices elevados de fidelidade de seus **Beneficiários**, sempre dentro de uma política que proporcione saúde de qualidade com custos acessíveis.

Tais valores resultam num elevado grau de comprometimento entre a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** e a satisfação de seus **Beneficiários** e **Empresas Clientes**, oferecendo soluções personalizadas para você e sua Empresa, garantindo-lhes sustentabilidade e qualidade assistencial.

NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR - (08.2015.001)

ÍNDICE

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES	3
CAPÍTULO II -CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR	12
1. Do Objeto	12
2. Da Natureza	12
3. Segmentação Assistencial	13
4. Tipo de Contratação	13
5. Beneficiários	13
6. Condição de Vínculo do Beneficiário Titular	14
7. Condições de Admissão	14
8. Das Coberturas e Procedimentos Garantidos	20
9. Remoções Inter-HospitalaresTerrestres	31
10. Garantia de Transporte	33
11. Exclusões de Cobertura	35
12. Características dos Planos Contratados	37
13. Carência e Cobertura Parcial Temporária	37
14. Mecanismos de Regulação	40
15. Reembolso de Procedimentos	45
16. Perda da Qualidade de Beneficiário	52
17. Demitidos e Aposentados em Planos Contributários	53
18. Carteira de Identificação e Manual de Orientação	59
19. Contraprestação Pecuniária	60
20. Reajuste por Mudança de Faixa Etária	62
21. Reajuste da Contraprestação Pecuniária	62
22. Prazo de Vigência	69
23. Suspensão/Rescisão	69
24. Disposições Gerais	72
25. Foro	74
CAPÍTULO III- CONDIÇÕES ESPECÍFICAS	

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR (08.2015.001)

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES

1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Área em que a **NOTRE DAME 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 caracterizados, 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 três 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

Acréscimo no valor da contraprestação do plano privado de assistência à saúde, para que o **Beneficiário** tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

7. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

Reunião de contratos com número de beneficiários previsto em contrato, que visa promover a distribuição para todo o grupo, do risco inerente a operação de cada um deles, com aplicação de um único reajuste para todos os contratos pertencentes ao agrupamento.

8. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** antes da realização de determinados procedimentos de saúde, formalmente fornecida pela operadora, 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 menores 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 (a) cônjuge do **Beneficiário** Titular;

11.2.2. O (a) companheiro (a) do **Beneficiário** Titular (do mesmo sexo ou sexo oposto) na forma estabelecida pelo Código Civil;

11.2.3. Os enteados(as) , filhos (as), naturais ou adotivos (as), solteiros (as), até 30 (trinta) anos de idade incompletos ou de qualquer idade se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;

11.2.4. Os (as) tutelados (as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) 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 em 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 individual e personalizada emitida pela **NOTRE DAMEINTERMÉDICA** para cada **Beneficiário** incluído no Contrato que, junto com o documento de identificação oficial com foto, servirá para garantir o atendimento médico e/ou hospitalar a ser realizado pelo prestador de serviços pertencente à Rede Própria ou Credenciada.

15. COBERTURA

É a garantia de atendimento ao **Beneficiário** dos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Médicos, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar 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.

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

É a importância mensal devida e paga à **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, em moeda corrente nacional, para assegurar o direito às coberturas previstas em Contrato de assistência à saúde.

20. CONTRATANTE

É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Plano Privado de Assistência à Saúde da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, sendo responsável pelo pagamento das Contraprestações Pecuniárias Mensais perante a **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

21. CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO

Aquele que integra o agrupamento de contratos, por conter na data de apuração do reajuste, a quantidade de beneficiários prevista na Cláusula de Reajuste por Agrupamento Único.

22. CONTRIBUIÇÃO

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 franquias, pagos única e exclusivamente em procedimentos na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

23. COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a parte efetivamente paga pelo beneficiário à **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

25. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE

É o documento no qual o Proponente manifesta expressamente suas condições atuais e anteriores de saúde, bem como a de seus dependentes, quando houver, e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas em 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

Doença com a qual a pessoa nasce hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina, 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

Entende-se como emergência os casos em que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **Beneficiário**, caracterizados em declaração do médico assistente.

32. ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS ESPECIALIDADES

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

33. EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS EM REGIME AMBULATORIAL

São os exames realizados em caráter ambulatorial, ou seja, aqueles que são prestados fora de uma internação hospitalar, através de coleta ou entrega de material biológico (ex. sangue, fezes, urina etc.) para análise patológica clínica.

34. EXCLUSÕES

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

35. EVENTO

Por evento entende-se todo 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 o mesmo 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**.

36. FICHA DE INSCRIÇÃO CADASTRAL

Documento formal, parte integrante deste Contrato, por meio do qual a Contratante informa os dados dos **Beneficiários**.

37. GARANTIA DE TRANSPORTE

Obrigações condicionadas à notificação prévia por parte do beneficiário à Operadora, nos termos do contrato, consistente na garantia de transporte do Beneficiário, nas exatas condições e situações previstas na Resolução Normativa, nº 259/11, atualizada pela Resolução Normativa nº 268/11, 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 Operadora e será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

38. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL – GLC

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

39. HOSPITAL-DIA

Regime intermediário entre a internação e o ambulatório com atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar), 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 para o **Beneficiário**.

40. INDISPONIBILIDADE

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.

41. INEXISTÊNCIA

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

42. 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.

43.INTERNAÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA

É a internação hospitalar cujo principal evento é o cirúrgico.

44. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA

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

45.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.

46.LIMITES FINANCEIROS DE REEMBOLSO

São os valores máximos de responsabilidade da **NOTRE DAME INTERMÉDICA** no pagamento de reembolso de despesas cobertas, conforme o plano contratado.

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

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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** à **Contratante** previamente à assinatura do Contrato, sendo que a entrega aos **Beneficiários** será intermediada pela **Contratante**.

48. MUNICÍPIO DE DEMANDA

Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento.

49. NOTRE DAME 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 "**NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**".

50. NOVO EMPREGO

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.

51. PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS

Período definido pela **NOTRE DAME INTERMÉDICA** em que são identificadas as empresas

Contratantes que participarão do agrupamento de contratos de acordo com a quantidade de beneficiários.

52. 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 da contraprestação pecuniária mensal.

53. PLANO CONTRIBUTÁRIO

É aquele em que os **Beneficiários** custeiam a Contraprestação Pecuniária total ou parcialmente.

54. PLANO NÃO CONTRIBUTÁRIO

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

55. PLANO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL

Entende-se como Plano Privado de Assistência à Saúde de Contratação Coletivo Empresarial aquele 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 pelo §1º do art. 5º da RN 195/2009 e contratualmente.

56. 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** e que podem ser praticados em ambiente hospitalar ou não, dentre 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.

57. 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.

58. PROCEDIMENTOS ELETIVOS

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

59. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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.

60. REDE CREDENCIADA

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

61. REDE PRÓPRIA

É a rede de serviços médico-hospitalares onde as unidades pertencem à **NOTRE DAME INTERMÉDICA** ou a entidades ou empresas coligadas ou controladas pela **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

62. REDE DA NOTRE DAME INTERMÉDICA

É composta pelas Redes Própria e Credenciada

63. REEMBOLSO

É a importância a ser ressarcida pela **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

64. REGIÃO DE SAÚDE

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

65. SINISTRALIDADE

É a divisão do valor total da despesa assistencial, durante determinado período de avaliação, pelo total de contraprestações pecuniárias mensais líquidas, cobradas durante este mesmo período de avaliação.

66. TABELA DE REEMBOLSO

É a tabela que contempla valores em reais para cada serviço médico-hospitalar, a qual serve de base para o cálculo do reembolso das despesas cobertas conforme o plano contratado.

67. URGÊNCIA

Entendem-se como urgência os 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

Este Contrato encontra-se devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponível no portal da NotreDame Intermédica: www.gndi.com.br.

Por este instrumento de Contrato, de um lado a **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**e, de outro lado, a EMPRESA, ao final identificada e qualificada, neste ato representada pelos seus Diretores e doravante denominada **Contratante**, têm entre si, justo e convencionado, o que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

1.DO OBJETO

É compromisso da **NOTRE DAME 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 site da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

3. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Tipo de Assistência Médica Contratada, podendo ser Ambulatorial + Hospitalar Com ou Sem 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 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 (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 menores 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 (a) cônjuge do Beneficiário Titular;

5.2.2. O (a) companheiro (a) do Beneficiário Titular (do mesmo sexo ou sexo oposto), na forma estabelecida pelo Código Civil;

5.2.3. Os enteados (as), filhos (as) naturais ou adotivos (as), solteiros (as), até 30(trinta) anos de idade, ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;

5.2.4. Os (as) tutelados (as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) 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 mantém ou mantiveram vínculo empregatício ou estatutário ativo com a Contratante, ou ainda, que sejam sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários ou menores 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**, e;
- b) Se durante a vigência do contrato, for atingido o número de 30(trinta) beneficiários ou mais e, o pedido de ingresso do plano se der após o período de 30 (trinta) dias da sua vinculação à **Contratante**.

7.1.2 A **Contratante** se compromete a informar, na data de assinatura do Contrato, em formulário próprio a ser encaminhado pela **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, todos os **Beneficiários** que se encontrem afastados e/ou internados, seja em ambiente hospitalar, seja em ambiente domiciliar (“home-care”), para que a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** providencie a remoção do **Beneficiário** para sua Rede Própria ou Credenciada e/ou, através desta, possa dar continuidade ao tratamento.

7.2 Comprovação de regularidade da Contratante

7.2.1. A **NOTRE DAME 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.

7.2.2. 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. Atestado de Saúde Ocupacional (ASO); ou

7.2.2.1.3. Cópia da Carteira de Registro Profissional; ou

7.2.2.1.4. Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal;

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

7.2.2.3. **Para estagiários e menores 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**, 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:

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 **NOTRE DAME 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. Enteadado (a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do 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 tenham a elegibilidade prevista nos itens anteriores, sob pena de a Contratante responder, perante NOTRE DAME 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 NOTRE DAMEINTERMÉDICA 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, assumindo e isentando-a de todos os riscos, ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, 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, que eventualmente sejam suportados/impostos à **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** ou através de transferência eletrônica, dentro de layout preestabelecido pela **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, acarretando a não inclusão dos **Beneficiários** cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

7.5.1.2. 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.

7.5.1.3. 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 à 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.

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

pelo Beneficiário titular adotante ou responsável legal.

7.5.1.5. Nos contratos com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários** em que o **Beneficiário** titular tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de prazos de carência, quando ocorrer à 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 prazos de carência 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.

7.5.1.6. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano.

7.5.1.7. O plano do **Beneficiário** dependente será sempre igual ao do **Beneficiário** titular.

7.5.2. A **Contratante** informará mensalmente à **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, em impresso próprio fornecido por esta ou através de transferência por meio eletrônico, dentro de layout preestabelecido pela **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, em 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** mantenha atualizado o quadro de **Beneficiários**.

7.5.2.1. Os Beneficiários inscritos terão direito à utilização a partir do 1º dia do mês subsequente ao cadastramento.

7.5.2.2. Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela **Contratante**, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela **NOTRE DAME 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 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 plano dentre 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 **NOTRE DAME 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 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 formulário próprio ou eletrônico fornecido pela **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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, ficarão sob a guarda e responsabilidade da Contratante, comprometendo-se a enviá-la à **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua solicitação. Na hipótese de apresentação intempestiva do documento requerido ou a sua não apresentação, a Contratante arcará com todos os prejuízos eventualmente sofridos pela **NOTRE DAMEINTERMEDICA** ou terceiros em decorrência desta ação ou omissão.

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 produto contratado. O referido Rol de Procedimentos está disponível no site da ANS, no endereço: www.ans.gov.br.

8.1.1. A **NOTRE DAME INTERMÉDICA** garantirá prestadores para 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, respeitando a abrangência geográfica do plano 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 ou Credenciada da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** garantirá a participação de um profissional médico anesthesiologista 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 independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas 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.

8.1.10. Os atendimentos devem ser assegurados independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação ou abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada ou credenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

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 9656/98.

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

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 vigentes 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 vigentes 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 Diagnose e Terapia denominados exames/terapias simples e especiais, terão a guia de autorização emitida no Portal da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**. 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 **NOTRE DAME 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 decorridas 24 (vinte e quatro) horas 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, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, contemplados 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 em risco de vida ou de danos físicos para o próprio Beneficiário ou terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão)

8.3.2. É obrigatória por parte da **NOTRE DAME 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 implicarem 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 à Doença ou Lesão Preexistente – DLP declaradas terão cobertura limitada as 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 que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação passara a ser do **Contratante**, não cabendo ônus à **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

8.3.4. Caso o **Beneficiário** e/ou familiares optem pela remoção do **Beneficiário**, a **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 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 que a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** estará desobrigada de qualquer ônus, conforme disposto na Resolução CONSU n.º 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 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 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, 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 peritoneal -CAPD;

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

8.2.2.7.;

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 a do seu plano arcará com o pagamento das diferenças de custos médicos 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** garantirá a cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-facial, 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, inerentes aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados em decorrência da assistência médica (artigo 12, II, alínea “c”, da Lei 9.656/1998).

8.4.4. Tratamento hospitalar de transtornos psiquiátricos

8.4.4.1. Os **Beneficiários** terão direitos 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 01 (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.

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

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 observados pelo menos um dos seguintes critérios:

- 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 vigentes 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 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 pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, a **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**;

8.7.4. O profissional requisitante pode recusar até 3(três) nomes indicados pela **NOTRE DAME 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.

A área de atuação do plano contratado estará definida no aditamento e/ou na Proposta de Contratação.

9. REMOÇÕES INTER-HOSPITALARES TERRESTRES

9.1. Será garantida a remoção dos beneficiários, que já tenham cumprido o período de carência, desde que haja o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente, 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 produto 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 operadora, localizado dentro da área de atuação do produto 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 operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto 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 operadora, localizado fora da área de atuação do produto 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 produto 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 produto 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 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 a 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** garantirá a remoção a uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme disposto na Resolução CONSU nº 13, de 4/11/1998. **ANOTRE DAME 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 Res. CONSU 13/98).

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 que a **NOTRE DAMEINTERMÉDICA** estará desobrigada de qualquer ônus, conforme disposto na Resolução CONSU n.º 13 de 04/11/1998.

10. GARANTIA DE TRANSPORTE

10.1. A **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, através de um dos seus canais de atendimento disponíveis (CAMO, NAC, Portal) com antecedência razoável para que a mesma possa orientar os procedimentos a serem adotados na ocorrência desta situação, e ao mesmo tempo cumprir os prazos determinados para a realização do atendimento.

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

10.6. Em todas as situações previstas para esta cobertura, a **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, ao 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 **NOTRE DAME 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 encontre-se 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.

10.7.3. Se não for possível a remoção sem risco de vida ao Beneficiário e encontrando-se em período de carência ou de 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 que a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** estará desobrigada de qualquer ônus, conforme disposto na Resolução CONSU 13 de 04/11/1998.

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 contratualmente, a saber:

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 Beneficiário cujo resultado da divisão do seu peso pelo quadrado da sua altura seja superior a quarenta-Índice de Massa Corpórea - IMC), assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

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;

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 de vigente à época do evento;

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 **NOTRE DAME 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. Durante a vigência do Contrato, será exigido o cumprimento dos prazos de carência constantes na tabela a seguir, que terão início a partir da data de inclusão do **Beneficiário** no plano, 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 na cláusula de condições de admissão prevista neste Contrato:

ITENS	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
1	Atendimentos 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	180dias
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria	180dias
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Credenciada	180 dias
8	Demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – Rede Própria	180 dias
9	Demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – RedeCredenciada	180 dias
10	Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgia refrativa e obesidade mórbida	180 dias
11	Partos a Termo	300 dias
12	CoberturaParcialTemporária	720 dias

13.2.1. Durante o período de carência, os atendimentos médico-hospitalares de urgência ou emergência observarão as regras estabelecidas na Resolução CONSU n.º 13/98.

13.3. 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 o pedido de ingresso do **Beneficiário** 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**.

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

- Se o número de **Beneficiários** for reduzido para menos de 30 (trinta);
- Nos casos de inclusões de **Beneficiários** Titulares e/ou Dependentes fora do prazo mencionado no sub-item anterior, salvo o disposto no item na Cláusula de Condições de Admissão deste Contrato.

13.4. 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).

13.4.1. 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.

13.4.2. Aos **Beneficiários** fica garantido o oferecimento da Cobertura Parcial Temporária, sendo facultado à **NOTRE DAME INTERMÉDICA** o oferecimento de agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária.

13.4.3. 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.

13.4.4. Após a leitura e assinatura da Carta de Orientação ao Beneficiário, o **Beneficiário** titular preencherá a Declaração Pessoal de Saúde, que consiste de formulário onde deverão ser registradas as informações sobre as doenças ou lesões que o **Beneficiário** titular e/ou seus dependentes sejam portadores, e das quais tenham conhecimento no momento da inclusão no plano.

13.5. O **Beneficiário** titular e seus dependentes realizarão, a critério exclusivo da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, entrevista qualificada, acompanhada de um médico orientador escolhido dentre os profissionais da rede **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, sem custo, na forma da resolução vigente ou um médico de livre escolha do **Beneficiário**, desde que assuma o ônus desta entrevista, para orientação no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde. A recusa do **Beneficiário** em se submeter à referida entrevista o sujeitará à negativa da inclusão por parte da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

13.5.1. Uma vez realizada a perícia no ato da contratação, não caberá a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente.

13.5.2. Verificada pela **NOTRE DAME INTERMÉDICA** a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada pelo **Beneficiário** por ocasião de sua inclusão, a **NOTRE DAME 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.

13.5.3. Caso o **Beneficiário** não concorde com esta alegação, a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** encaminhará à ANS 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** pela ANS, o **Beneficiário** deverá efetuar à **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** comunicou ao **Beneficiário** da existência da mesma.

13.5.4. ANOTRE DAMEINTERMÉDICA 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.

13.5.5. 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 de Regulação Financeiro- Coparticipação

14.1.1. A coparticipação será aplicada de acordo com o plano contratado e os eventos e respectivos valores monetários ou percentuais sujeitos a 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 Com ou Sem 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 **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** pelo Beneficiário ou seu responsável conforme orientações

vigentes à época que poderão ser consultadas através do site 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 **NOTREDAMEINTERMÉDICA**, serão encaminhadas para as equipes médicas indicadas pela **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, 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 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, descrita 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 **NOTRE DAMEINTERMÉDICA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **NOTRE DAME INTERMÉDICA** e observadas às regras contratuais de Segunda opinião e Junta Médica, cabendo à Operadora 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 **NOTRE DAME 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 259.

14.2.2.2. Quando necessário, a realização da segunda Opinião será presencial com o médico auditor da Operadora, hipótese em que o beneficiário estará obrigado a comparecer em consulta agendada pela Operadora.

14.2.2.3. O não comparecimento do beneficiário na 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

14.2.2.5. A **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, conforme abrangência geográfica e área de atuação do plano contratado definida nas condições específicas desta contratação.

14.3. Direcionamento de Rede

14.3.1. O atendimento às especialidades abaixo relacionadas, a critério da **NOTRE DAME INTERMÉDICA** e de acordo com o plano contratado estará sujeito à Direcionamento para Prestador específico, conforme detalhamento previsto em documento específico, parte integrante deste contrato.

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

14.3.2. 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, isto é, não serão admitidos como Porta de Entrada qualquer estabelecimento ou unidade pública ou privada que não faça parte da Rede Própria ou Rede Credenciada.

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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, serão realizadas mediante autorização prévia fornecida pela **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, resguardadas as situações de urgência ou em emergência previstas neste Contrato.

14.4.3. A **NOTRE DAME 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 259/2011, conforme previstos neste contrato.

14.4.4. Para ter direito à assistência na Rede Própria ou Credenciada da **NOTRE DAME INTERMÉDICA** será necessária a apresentação de Carteira de Identificação do **Beneficiário** com a devida identificação oficial com foto, sendo vedado o atendimento na ausência desta.

14.4.5. O Manual de Orientação do plano define o(s) Grupo(s) de Município(s) disponibilizado(s), de acordo com condições específicas desta contratação, e relaciona os

locais de atendimento.

14.5. Alterações na Rede Credenciada

14.5.1. 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.

14.5.2. Na hipótese da substituição hospitalar ocorrer por vontade da **NOTRE DAME INTERMÉDICA** durante período de internação do **Beneficiário**, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência e sem ônus adicional para o **Beneficiário**.

14.5.3. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução a **NOTRE DAME 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.

14.5.4. 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 9.656/98).

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 **NOTRE DAME 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 a 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 a abrangência geográfica e a 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 a abrangência geográfica e a 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 a 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 a 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 operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, haverá o reembolso das despesas transporte.

15.1.2.A possibilidade de reembolso acima aludida, somente será obrigatoriamente atendida quando a **NOTRE DAME 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 tiver, 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 produtos com opção de acesso à livre escolha

de prestadores será efetuado nos limites estabelecidos contratualmente para cada produto.

15.2.Reembolso das despesas fora da rede assistencial nos casos de urgência e emergência (art. 12 da Lei 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 **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, 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, vigente à época do evento, sendo reembolsados de acordo com os valores negociados com o prestador de serviços e não serão superiores aos constantes no Brasíndice e Simpro respectivamente, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU nº 08, alterada pela Resolução CONSU nº 15 .

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 Procedimentos Médicos da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, cujo valor não será inferior ao da Tabela praticada pela Operadora 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** estará disponível para consulta dos Beneficiários na sede da operadora 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 contar 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 a **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, 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 **USNDII – Unidade de Serviço NotreDameIntermédica** 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:

$$REEMBOLSO = N^{\circ} \text{ de USNDI} \times \text{Valor USNDI} \times \text{Múltiplo do Plano}$$

Onde:

Nº de USNDI (Unidade de Serviço NotreDameIntermédica): é igual ao quantitativo apresentado na TNDI para o respectivo procedimento.

Valor da USNDI: é o valor em reais para o cálculo do valor devido.

Múltiplo do Plano: é o número de vezes à que o **Beneficiário** tem direito de acordo com o plano contratado.

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 deverá 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 08.

15.3.Solicitação de reembolso

15.3.1. Nos casos relacionados no item 15.1 e dentro dos limites das obrigações deste Contrato, obedecendo a área de abrangência geográfica, a 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 Tabela **NotreDame Intermédica**, e não será inferior ao da Tabela praticada pela **NOTRE DAMEINTERMÉDICA** 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 a **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela NotreDame Intermédica - TNDI 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 **NOTRE DAMEINTERMÉDICA** 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 da realização da consulta;
- c) Nome completo do médico (quando pessoa física) com número de CPF ou razão social da Clínica com o número do CNPJ, endereço completo e telefone;
- d) Especialidade médica, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico;
- e) Diagnóstico: CID 10, desde que autorizado pelo **Beneficiário**.

15.3.2.2.2. Exames complementares e tratamentos ambulatoriais - 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;
- c) 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 por ventura ter sido utilizados com suas respectivas quantidades e valores unitários;
- d) Razão social do laboratório, clínica ou serviço utilizado, endereço completo e telefone, com o número do CNPJ e assinatura do responsável;
- e) No caso de honorários profissionais será necessário o nome do médico ou profissional com o seu CPF ou nome da clínica e respectivo CNPJ, a especialidade do médico, número de inscrição no CRM e assinatura do médico;
- f) 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:
 - f.1) Nome completo do **Beneficiário** atendido;
 - f.2) Hipótese diagnóstica que motivou a solicitação do exame; CID 10, desde que autorizado pelo **Beneficiário**;
 - f.3) Data da elaboração do pedido médico;
 - f.4) Carimbo com nome completo do médico, nº do CRM, especialidade e assinatura;

- f.5) Endereço e telefone para contato com o médico assistente, caso necessário.

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 da internação ou atendimento hospitalar e da comprovada alta hospitalar;
- 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 e número do CNPJ;
- e) No caso de honorários médicos é necessário apresentar recibos ou notas fiscais referentes a cada médico com seu CPF ou nome da Clínica e respectivo CNPJ, a especialidade e atuação de cada médico (cirurgião, auxiliar, anestesista e demais), carimbo contendo número de inscrição no CRM e assinatura do médico, discriminação de cada uma das funções e valores individualizados por procedimento realizado pela equipe médica;
- f) Relatório de alta hospitalar, devidamente preenchido pelo médico assistente do caso, com os dados solicitados no impresso próprio da **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**;
- g) Quando houver a extirpação de órgãos, tumores ou lesões, deverá ser anexado o laudo do exame anatomopatológico;
- h) 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, indicando a data do evento, local de saída, destino e quilometragem percorrida.
- b) Taxi: 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 taxi/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 Cia. utilizada como transporte. –
- d) Veículo particular: Será tomada como base para reembolso

- a menor distância entre origem e destino, considerando verba específica por quilometro rodado;
- e) Transporte Aéreo: Recibo original emitido pela Cia. aérea utilizada.

15.3.2.3. Após a análise administrativa, de direitos contratuais, de avaliação técnica e de valores descontados as eventuais divergências, o reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da entrega à **NOTRE DAMEINTERMÉDICA** 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 a **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, dentro do limite pré-estabelecido de no máximo de 01(um) ano, referente ao prazo de prescrição constante na lei vigente, sendo resguardado a **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**, nestes casos, o pagamento das despesas em até 30 (trinta) dias após a entrega e conferência da documentação (Código Civil, art. 206).

15.4. Pagamento do reembolso

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

15.4.2. Na impossibilidade de se efetuar o Reembolso de acordo com o item anterior, e por solicitação expressa do Beneficiário Titular, este poderá ser feito através de cheque nominal a favor do mesmo. Nesta situação, o cheque ficará à disposição do Beneficiário na Unidade de Atendimento ou Sede administrativa da **NOTRE DAME INTERMÉDICA** por ele indicada, não sendo remetido via correio ou entregue via portador em nenhuma hipótese, salvo se autorizado pelo Beneficiário Titular, que se declarará ciente do risco de extravio.

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.

16.2. 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.

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 produto 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, 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 06(seis) 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. O ex-empregado aposentado que contribuiu no mesmo plano ou seu sucessor por período inferior a 10(dez) anos, é assegurado o direito a 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 aposentado, 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 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 9656/98, 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 de 24/11/2011, alterada pela Resolução Normativa nº 287 de 17/02/2012.

17.1.6. O demitido sem justa causa e o aposentado deverão comunicar imediatamente à **NOTRE DAME INTERMÉDICA** a sua admissão em novo emprego. O descumprimento dessa obrigação implicará no desligamento do beneficiário e seus dependentes do plano e na caracterização de fraude, sujeitando o Beneficiário a indenizar a **NOTRE DAME 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. O 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 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.

17.1.9. Em caso de morte do beneficiário titular, demitidos/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 **NOTRE DAME 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 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 é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados, a coparticipação ou franquia 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, 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 o 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 assumo o pagamento integral das contraprestações pecuniárias.

17.2.2. A contagem do prazo supra previsto, 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** deverá ser formalizada 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 a **Contratante** enviar eletronicamente, via e-mail disponibilizado pela operadora, a documentação prevista nos Formulários de opção à continuidade no plano à **NOTRE DAME 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 somado a participação do empregador, nas hipóteses em que há subsídio pelo empregador.

17.2.7. A cobrança do valor da contraprestação do plano de saúde do beneficiário será realizada por faixa etária, observada a tabela de custos por faixa etária disposta no aditamento ao contrato.

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 Operadora.

17.2.7.2. O reajuste do valor da contraprestação pecuniária paga pelo demitido/exonerado sem justa 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 08 (oito) dias do pagamento das mensalidades pelo beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, contados do vencimento das contraprestações pecuniárias, a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** poderá suspender a execução dos serviços dias, 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** poderá ainda considerar imediatamente desligado o Beneficiário Titular inadimplente e seu(s) dependentes) 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;
- b) Por não pagamento da contraprestação pecuniária 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 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, II da RN 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 produto 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. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E MANUAL DE ORIENTAÇÃO

18.1. A **NOTRE DAME INTERMÉDICA** se obriga a fornecer aos **Beneficiários** as Carteiras de Identificação necessárias para a utilização dos serviços estabelecidos neste Contrato.

18.1.1. A não apresentação da Carteira de Identificação, juntamente com um documento de identidade com foto, desobriga a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** de prestar quaisquer atendimentos com base neste Contrato. Tratando-se de **Beneficiários** menores, que não possuam um documento de identidade com foto, será obrigatória a apresentação da certidão de nascimento.

18.1.2. Na demissão de funcionários, nas eventuais inclusões ou exclusões inadequadas, nos atrasos ou numa eventual suspensão ou rescisão deste Contrato por qualquer das partes, a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** sugere a **Contratante** o recolhimento das Carteiras de Identificação. No caso de eventual uso indevido da Carteira de Identificação, os custos decorrentes dos atendimentos prestados pela **NOTRE DAME INTERMÉDICA** ao beneficiário serão considerados na sinistralidade da **Contratante**.

18.1.3. No caso de perda ou extravio da Carteira de Identificação do **Beneficiário**, a **Contratante** obrigatoriamente comunicará a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, sob pena de arcar, integralmente, com os custos decorrentes de eventual uso indevido das mesmas.

18.1.4. A **NOTRE DAME INTERMÉDICA** disponibilizará aos **Beneficiários**, em seu portal na Internet, a partir da vigência da Resolução Normativa – RN nº 360/2014, a Identificação Padrão da Saúde Suplementar passível de impressão em papel, com o conteúdo mínimo obrigatório definido pela referida resolução e suas atualizações.

18.2. A **NOTRE DAME INTERMÉDICA** disponibilizará à **Contratante** e aos **Beneficiários**, através do portal: www.gndi.com.br, o Manual de Orientação que define a área de abrangência geográfica do plano contratado, dispõe sobre as rotinas de utilização, endereços e canais de atendimento, principais características dos planos contratados e relaciona a rede de prestadores próprios e de serviços contratados de cada plano, tudo de acordo com o aditamento contratual e/ou Proposta de Contratação Coletiva.

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

19. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

19.1. Formação de preço

São garantidos os atendimentos, sob a forma de preço preestabelecido per capita, através de contraprestação pecuniária, dos procedimentos constantes do Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. O valor da contraprestação pecuniária encontra-se na Proposta de Contratação Coletiva e/ou Aditivo contratual, que são parte integrante deste contrato.

19.1.1. 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, pela Contratante, prévia e formalmente à elaboração da proposta comercial, mediante protocolo. **Os custos decorrentes de tais atendimentos não serão de responsabilidade da NOTRE DAME INTERMÉDICA.**

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

19.2. Pagamento da contraprestação pecuniária

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

19.2.1.1. O pagamento das contraprestações pecuniárias será efetuado na data de pagamento prevista na proposta de contratação e/ou aditamento.

19.2.2. O faturamento será efetuado com base no total de **Beneficiários** (titulares e dependentes), ativos e desligados do mês em curso, respeitando o número mínimo de **Beneficiários** considerado para ofaturamento. Na falta de informação pela **Contratante** do número total de **Beneficiários** de forma atualizada, fica a **NOTRE DAMEINTERMÉDICA** autorizada a faturar com base nos números relativos ao mês imediatamente anterior, de acordo com o cadastro da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

19.2.2.1. As inclusões e/ou movimentações de beneficiários realizadas fora dos prazos previstos neste contrato, serão faturadas à Contratante no mês posterior ao mês base de faturamento.

19.2.3. O número mínimo de Beneficiários para faturamento será determinado

em aditamento, considerando-se o número de beneficiários analisados na proposta comercial.

19.2.3.1. Na hipótese de haver redução no perfil da massa (etário e gênero) no decorrer da vigência do Contrato, o faturamento será realizado considerando-se o percentual de 70% (setenta por cento) da massa cotada inicialmente.

19.2.4. Será considerado para a complementação do cálculo do faturamento mínimo o valor da menor contraprestação pecuniária dentre os planos contratados.

19.2.5. 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.

19.2.6. Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, 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.

20. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

20.1. O valor das contraprestações iniciais do plano de saúde será diretamente proporcional à idade dos beneficiários incluídos.

20.2. Se aplicável ao plano contratado as contraprestações pecuniárias 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 a 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. REAJUSTE FINANCEIRO

21.1.1. O reajuste financeiro da contraprestação pecuniária será aplicado anualmente e de forma automática, no aniversário do contrato, utilizando-se por base o Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares – IVCMH, independentemente do Reajuste Técnico e de Reajuste por Mudança de Faixa Etária, se aplicável.

21.1.1.1. O IVCMH compõem-se 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

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

21.1.3. 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. REAJUSTE TÉCNICO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

21.2.1. Independentemente e além do disposto nas Cláusulas de **Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal, e Reajuste por Mudança de Faixa Etária**, a contraprestação pecuniária mensal poderá ser calculada em função do índice de sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico - atuarial do contrato.

21.2.2. O índice de reajuste será calculado em função da sinistralidade, sendo aplicado de forma complementar e na mesma data do Reajuste Financeiro, de acordo com a fórmula abaixo descrita, sendo ignorados para o período de cálculo os 3 (três) primeiros meses de vigência do Contrato.

21.2.3. O percentual de variação da contraprestação poderá ser a ela aplicado a partir do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, inclusive.

21.2.3.1. 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.

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

21.2.5. As contraprestações pecuniárias 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.

21.2.6. O índice de sinistralidade, para efeito da revisão da contraprestação pecuniária, será sempre o resultado da divisão do total da Despesa Assistencial verificada no período de apuração pelo total da Contraprestação Pecuniária Líquida cobrada durante o mesmo período.

21.2.7. Sempre que o índice de sinistralidade verificada (I_v) estiver acima de 0,70 (setenta centésimos), as contraprestações pecuniárias serão recalculadas, na forma acima estabelecida, por índice apurado pela seguinte fórmula:

$$C_r = C_v \cdot \frac{I_v}{0,70}$$

onde:

C_r = Contraprestação Pecuniária Reajustada

C_v = Contraprestação Pecuniária Vigente

I_v = Índice Sinistralidade Verificada, sendo:

$I_v = Dm/Ri$

Dm = Total da Despesa Assistencial com atendimentos previstos neste Contrato

Ri = Total da Contraprestação Pecuniária Líquida, já deduzidos os impostos e contribuições que incidem sobre o faturamento.

21.2.8. 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.

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

21.3. REGRAS PARA APLICAÇÃO DE REAJUSTE ÚNICO, PARA HIPÓTESE DE AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

21.3.1. Os contratos com até 249 (duzentos e quarenta e nove) beneficiários serão reajustados por agrupamentos, conforme as regras constantes das cláusulas seguintes.

21.3.1.1. Para fins de esclarecimento do reajuste previsto nesta cláusula, deve-se considerar as seguintes definições:

a. Agrupamento de contratos: é a reunião de empresas Contratantes que, nas datas de apurações e termos do presente aditivo, tenham quantidade de beneficiários enquadrada em um dos intervalos descritos nos subitens adiante.

b. Contrato agregado ao agrupamento: empresa Contratante que integra um dos Agrupamentos de Contratos definidos nos subitens adiante.

c. Período de apuração da quantidade de beneficiários: período em que serão identificadas as empresas Contratantes que participarão do Agrupamento de Contratos de acordo com a quantidade de beneficiários.

21.3.2. Dos Agrupamentos de Contratos para Cálculo dos Percentuais de Reajuste

21.3.2.1. Para efeito de cálculo dos índices de reajuste, as Empresas serão agrupadas de acordo com o número de beneficiários que possuírem no respectivo mês de aniversário do contrato mantido com a **NotreDame Intermédica**. Para isto foram criados os seguintes agrupamentos:

- a) **Agrupamento 1(*m*)**: Formado pelas empresas que possuírem entre 30 (trinta) e 99 (noventa e nove) beneficiários no mês *m* em questão; e
- b) **Agrupamento 2(*m*)**: Formado pelas empresas que possuírem entre 100 (cem) e 249 (duzentos e quarenta e nove) beneficiários no mês *m* em questão.
- c) **Agrupamento 3(*m*)** : Formado por aquelas empresas que possuam até 29 (vinte e nove) beneficiários com data de aniversário no mês *m*.

21.3.3. Da apuração da Quantidade de Beneficiários

21.3.3.1. A inclusão da empresa Contratante ao seu respectivo agrupamento se dará no mês (*m*) de aniversário do contrato, compreendido pelo período de apuração do percentual de reajuste, de acordo com a quantidade de beneficiários contida em um dos intervalos estipulados nesta cláusula.

21.3.3.2. Para fins de apuração da quantidade de beneficiários das empresas com menos de 12 (doze) meses de vigência contratual, será considerada a quantidade de beneficiários inscritos na massa inicial.

21.3.3.3. A apuração da quantidade de beneficiários do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

21.3.4. Da apuração e Aplicação do Percentual de Reajuste dos agrupamentos 1 (de 30 a 99 beneficiários) e 2 (de 100 a 249 beneficiários)

21.3.4.1. Para cada Agrupamento de Contratos será apurado um índice de reajuste que tomará por base as receitas e despesas observadas nos 12 (doze) meses que antecederem o mês (*m*) de cada Agrupamento de contratos, considerando-se uma defasagem de 06 (seis) meses contados a partir do mês (*m*) inclusive. Por exemplo, para os contratos aniversariantes em outubro, a apuração irá considerar um período de 12 (doze) meses, tomando por base o mês de maio anterior ao mês de aniversário do contrato e os 11 (onze) meses que o antecederem, assim neste exemplo, o período compreenderá junho a maio anterior ao mês de aniversário do contrato.

21.3.4.2. A aplicação do índice de reajuste ocorrerá sempre no mês de aniversário do contrato, imediatamente posterior ao período de apuração do índice de reajuste.

21.3.4.3. A contraprestação pecuniária mensal com aniversário no mês **m** será reajustada anualmente pelo Índice de Reajuste Único Coletivo – **IRU_c(m)** composto pelo:

a) Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares – **IVCMH**, que se compõe 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**; e

b) Índice Excedente de Sinistralidade Coletiva – **IES_c (m)**, apurado especificamente para cada Agrupamento de Empresas da modalidade Coletiva Empresarial segmentado pelo mês **m** de aniversário.

21.3.4.4. O Índice de Reajuste Único - **IRU_c** será apurado, conforme fórmula descrita a seguir:

$$IRU_c(m) = [((1 + IVCMH) * (1 + IES_c(m))) - 1] * 100$$

Onde **IES_c(m)** é apurado pela seguinte expressão:

$$\text{se } (Da / Mr) > \beta , \quad ((Da / (\beta * Mr)) - 1) \\ IES_c(m) = \{ \\ \text{se } (Da / Mr) < \beta , \quad 0$$

sendo:

Da – Total de despesas assistenciais referentes às Empresas integrantes do Agrupamento incorridas no período de 12 (doze) meses, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com até 12 (doze) meses de vigência;

Mr – Total de contraprestações pecuniárias líquidas recebidas no mesmo período em que **Da** foi apurada referentes às Empresas integrantes do agrupamento, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com até 12 (doze) meses de vigência.

β – Percentual máximo estabelecido para a relação ***Da / Mr***, previsto para todos os contratos integrantes de cada Agrupamento estabelecido, para estes casos $\beta = 70\%$

21.3.5. Da alteração da quantidade de beneficiários

21.3.5.1. Se no mês (***m***) de aniversário do contrato, compreendido pelo período de apuração do percentual de reajuste, a Empresa possuir quantidade de beneficiários não contida no intervalo do Agrupamento a que estava enquadrada no último aniversário, esta será transferida para um dos seguintes agrupamentos:

a) Agrupamento 1(***m***) ou 2 (***m***), nesta hipótese, as condições do contrato com relação ao reajuste passarão a ser aquelas previstas para o Agrupamento que a mesma vier a integrar.

b) Agrupamento 3, caso o nº de beneficiários da Empresa seja inferior a 30 (trinta) beneficiários. Nesta hipótese, as condições para este agrupamento passam a ser o que adiante se estabelece.

21.3.5.2. Na hipótese da Empresa integrante de qualquer um dos Agrupamentos vir a possuir mais de 249(duzentos e quarenta e nove) beneficiários na data de seus aniversários, esta deixará de integrá-lo, e o reajuste anual das contraprestações pecuniárias será regido pelas regras de reajuste estabelecidas nas respectivas cláusulas das Condições Gerais do Contrato referentes a Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal, Reajuste por Mudança de Faixa Etária e Reajuste Técnico da Contraprestação Pecuniária Mensal.

21.4. DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COM ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS

21.4.1. Em razão do disposto na Resolução Normativa – RN 309, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, publicada em 25/10/2012, ficam estabelecidas adiante as regras para aplicação de reajuste único para empresas pertencentes ao agrupamento de contratos.

21.4.2. Participação do Agrupamento as Empresas com menos de 30 (trinta) beneficiários.

21.4.3. O enquadramento da Empresa no Agrupamento ocorrerá quando a

quantidade de beneficiários da empresa no mês (***m***), advinda de um dos Agrupamentos definidos nesta cláusula, contar com menos de 30 (trinta) beneficiários.

21.4.4. A apuração da quantidade de beneficiários do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

21.4.5. O Índice de Reajuste único- IRU_c a ser adotado para este agrupamento de contratos, terá a mesma formulação de cálculo expressa na Cláusula **21.3.4.4.**, para tanto deverá se observar:

a) as variáveis *Da* e *Mr* deverão se referir ao conjunto de todas as empresas aniversariantes no período de apuração, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com até 12 (doze) meses de vigência.

b) no cálculo do Índice Excedente de Sinistralidade Coletiva – IES a variável β terá o valor de 60%(sessenta por cento)

21.4.6. A apuração do IRU_c será anual, no período de janeiro a dezembro e divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano e mantido no site da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, identificando-se os contratos que serão reajustados com o número do registro na ANS, o código informado no sistema RPC e seus respectivos planos.

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

21.4.8. A contraprestação pecuniária mensal das empresas deste Agrupamento será reajustada na menor periodicidade legalmente permitida ou no mês de aniversário do contrato, ocorrido no período de maio a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

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. SUSPENSÃO/ RESCISÃO

23.1. Caso a **CONTRATANTE** atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 08 (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 por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) 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; e

23.1.1.3. Na inexistência de beneficiários 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 06 (seis) contraprestações imediatamente anteriores à data do aviso-prévio, salvo se esta média for inferior ao valor da última contraprestação a ser paga, caso em que este valor prevalecerá para o cálculo acima previsto.

23.1.1.4.2. A **NOTRE DAME INTERMÉDICA** poderá ainda extinguir o contrato na hipótese de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas da **contratante** não fizer declarações

verdadeiras, omitindo informações que possam influir na aceitação do Contrato pela ou ainda para auferir vantagens próprias ou para seus Beneficiários, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

23.1.1.4.3. Nas hipóteses de extinção do contrato por fraude ou violação contratual a **NOTRE DAME 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 as partes rescindam imotivadamente ou venham a dar causa à rescisão do Contrato, inclusive no caso de inadimplência, antes de transcorrido o prazo inicial de 12 (doze) meses, ficarão sujeitas ao pagamento de multa rescisória de valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas, calculada pela média dos 06 (seis) maiores faturamentos cobrados até a data da efetiva rescisão.

23.3. Para a hipótese de rescisão contratual a qualquer tempo, a Contratante pagará à **NOTRE DAME INTERMÉDICA** o montante da sinistralidade apurada, que exceder o patamar de 70% (setenta por cento) em relação ao montante das contraprestações recebidas no mesmo período, até a data da efetiva rescisão.

23.3.1. Caso a Contratante esteja agrupada a um dos agrupamentos de contratos para fins de reajuste único previsto neste contrato, este percentual deverá ser de 60% (sessenta por cento).

23.3.2. A **Contratante**, neste ato, concorda e se compromete com referido pagamento, que ocorrerá no último mês de vigência do Contrato ou, caso não seja possível, tão logo ocorra o fechamento das contas médicas, através de fatura complementar.

23.4. A **Contratante** será responsável pelo recolhimento e devolução das Carteiras de Identificação nos casos de desligamento dos **Beneficiários** ou após a rescisão do Contrato.

23.5. 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 não ocorra, a Contratante desde já se responsabiliza por reembolsar a **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** para esse fim;

- (ii) reembolsar a **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, que envolva os beneficiários do contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** venha a despendar em decorrência de reclamações, seja de que natureza forem, envolvendo os Beneficiários;

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1. A **NOTRE DAME 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA** por escrito.

24.2. Se no período de implantação do contrato, após a entrega da Ficha Cadastral, que é parte integrante do presente contrato, houver pedido de ingresso de novos beneficiários que já compunham o quadro de funcionários da empresa contratante, **e que não tenha sido incluído na listagem inicial encaminhada à Operadora para cálculo atuarial e fixação do preço do contrato**, a proposta de contratação será invalidada, devendo ser reapresentada constando a totalidade dos beneficiários vinculados a empresa.

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

24.4. A **NOTRE DAME 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.

24.5. 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**.

24.6. Caso haja obrigatoriedade de coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **NOTRE DAME INTERMÉDICA** por todo e qualquer valor que esta venha a despesar, incluindo o valor da condenação, das custas, despesas processuais e honorários advocatícios.

24.7. A **NOTRE DAME 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.

24.7.1. Quando houver divergências, o NAC providenciará para que o fato seja

esclarecido de imediato, quando possível, ou em até dez dias úteis, quando for necessária apuração por meio de documentos ou informações que não estejam em poder do **Beneficiário** ou da **NOTRE DAMEINTERMÉDICA**.

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

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

24.8. 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.

24.9. 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.

24.9.1. 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.

24.9.2. 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 **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, sem prejuízo da responsabilidade criminal, que serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

24.9.3. 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.

24.10. A **Contratante**, neste ato, declara ter ciência de que, por força do artigo 32 da Lei nº 9656/98, todos os atendimentos médicos-hospitalares prestados pela rede pública de

saúde a quaisquer dos **Beneficiários** do presente Contrato serão cobrados da **NOTRE DAME INTERMÉDICA** pela ANS (ressarcimento ao SUS), constituindo-se, desta forma, em custos assistenciais da **Contratante**, e considerados para fins de cálculo dos índices de sinistralidade.

25. FORO

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

Assinatura do Representante Legal da Empresa
sob carimbo CNPJ

Nome:
R.G.:

NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.

Nome:
R.G.:

TESTEMUNHA

Nome:
R.G.:

TESTEMUNHA

Nome:
R.G.: