

É COM GRANDE SATISFAÇÃO QUE APRESENTAMOS O GUIA CONTRATUAL COM PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SEU CONTRATO. ESTA É MAIS UMA DAS MEDIDAS VISANDO A SATISFAÇÃO DE SEUS BENEFICIÁRIOS E EMPRESAS CLIENTES POR MEIO DA OFERTA DE SOLUÇÕES PERSONALIZADAS PARA VOCÊ E SUA EMPRESA. BOA LEITURA!

1. Qual o tipo de contratação do contrato? Qual a sua duração?

Trata-se de contratação de planos de assistência à saúde médica e odontológica na modalidade **Coletivo Empresarial** e **Coletivo Empresarial por Empresário individual** para as pequenas e médias empresas, com número de beneficiários entre **02 e 99**.

Isto é, trata-se de um contrato entre a NotreDame Intermédica Saúde SA e a Pequena ou Média Empresa, contratado pelo representante legal da empresa, para ele mesmo e seus funcionários.

O Contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, com renovação automática por prazo indeterminado a partir de então, caso não haja manifestação pela rescisão por qualquer das partes.

As Condições Gerais e Específicas dos Contratos de Assistência à Saúde e Odontológica estão disponíveis consulta e download no portal da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, no seguinte endereço eletrônico: www.gndi.com.br.

2. Quais as coberturas do contrato e onde posso ser atendido?

O seu plano de saúde possui a segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar com obstetrícia. Isto quer dizer que você terá cobertura para todos os procedimentos descritos no ROL de procedimento da Agência Nacional de Saúde – ANS, durante os atendimentos de urgência e emergência, consultas, exames e terapias, internações clínicas e cirúrgicas e parto, após o cumprimento dos prazos de carências e período de cobertura parcial temporária, se existentes.

Os atendimentos serão prestados **preferencialmente** pela rede própria e, **pela** credenciada da Operadora, dentro da abrangência geográfica contratada.

Os prestadores de serviços que compõe a rede assistencial da Operadora estão divulgados no portal da NotreDame Intermédica de acordo com o plano contratado e tipo de atendimento prestado (consultas, exames, terapias, internações, etc.).

A abrangência pode ser de Grupo de municípios (direito à atendimento

nos municípios descritos na Proposta de Contratação e/ou no contrato) ou Nacional (direito à atendimento em todo território nacional).

A abrangência geográfica está descrita nas Condições Específicas do plano contratado (documento com descritivo das principais características e cobertura do plano contratado), disponível no portal da Operadora.

3. Quais as exclusões de coberturas do contrato?

Não serão cobertos pelo seu contrato:

- a) Procedimentos não previsto no Rol da ANS;
- b) Procedimentos não solicitados por médico ou cirurgião dentista;
- c) Procedimentos indicados para pacientes que não preencham as diretrizes clínicas e de utilização da ANS (RN 387 e seus anexos);
- d) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- f) Inseminação artificial;
- g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- h) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- i) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto para os casos de cobertura de medicamentos antineoplásicos orais e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso;
- j) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- k) Tratamentos ilícitos ou antiéticos
- l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e
- m) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- n) Realização do procedimento por médico não pertencente a rede assistencial vinculada ao plano contratado, exceto para os planos com reembolso que permitem solicitação de ressarcimento das despesas efetuadas diretamente pelo beneficiário de acordo com as regras do contrato.

4. Quem pode ser beneficiário do contrato?

Os beneficiários são as pessoas que podem ser incluídas no contrato.

Poderão ser incluídos no seu contrato coletivos empresarial os funcionários (vínculo empregatício), os estagiários, menores aprendizes, administradores e/ou sócios da pessoa jurídica contratante.

Estas pessoas serão consideradas beneficiários titulares e, poderão optar pela inclusão de seus dependentes, desde que permitido em contrato.

5. Quem pode ser beneficiário dependente?

São considerados dependentes as pessoas físicas incluídas neste contrato pelo beneficiário titular, limitando-se a:

- a) O (a) cônjuge do Beneficiário Titular;
- b) O (a) companheiro (a) do Beneficiário Titular (do mesmo sexo ou sexo oposto), na forma estabelecida pelo Código Civil;
- c) Os enteados (as), filhos (as) naturais ou adotivos (as), solteiros (as) do titular, até 50 (cinquenta) anos de idade incompletos (49 anos, 11 meses e 29 dias), ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;
- d) Os (as) tutelados (as) e os menores (até 18 anos incompletos) sob guarda do titular;
- e) Pai e mãe, sogro e sogra e tios (para casamento e união estável) do titular;
- f) Irmãos, cunhados e sobrinhos do titular;
- g) Genro e nora e netos do titular.

6. Quais os documentos necessários para solicitar a inclusão no plano de saúde?

Para Beneficiários Titulares

a) Funcionários com vínculo empregatício:

- Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou
- Cópia da Carteira de Registro Profissional; ou
- Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal da empresa e apresentação do termo de responsabilidade de registro.

b) Para sócios e administradores:

- Documento societário comprobatório do vínculo com a Contratante.

c) Para estagiários e menores aprendizes:

- Contrato de estágio ou de aprendizagem com o respectivo prazo de validade.

Para Beneficiários Dependentes:

a) Cônjuge:

- Certidão de Casamento e documento oficial com foto.

b) Companheiro(a) do mesmo sexo ou de sexo oposto, madrasta ou padrasto:

- 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 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; ou Certidão de Nascimento de Filho em comum e, documento de identidade com foto.

c) Filho (a):

- Certidão de Nascimento ou documento de identidade oficial 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.

d) Tutelado(a) e menor sob guarda:

- Certidão de Nascimento ou documento de identidade oficial com foto e Termo de Tutela ou Guarda.

e) Enteado(a):

- Certidão de nascimento ou documento de identidade oficial com foto em conjunto com a certidão do casamento ou documentos exigidos como comprovantes do vínculo de união estável.

f) Pai e Mãe, Sogro e Sogra e Tios (Para Casamento e União Estável) do Titular:

- Documento oficial com foto do Titular ou do pai, mãe, sogro e sogra;

g) Irmãos, Cunhados do Titular:

- RG, CNH, ou Passaporte do irmão ou cunhado;

h) Sobrinhos do Titular:

- RG, CNH, ou Passaporte do irmão ou cunhado junto com Certidão de Nascimento ou documento de identidade oficial com foto do sobrinho(a);

i) Genro e Nora e Netos do titular:

- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável com o filho ou enteado e, documento de identidade oficial com foto.

7. Quais os prazos de carência do seu contrato?

Carência é o período durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários será exigido o cumprimento dos prazos de carência para os beneficiários titulares a partir da data de inclusão no plano, conforme tabela a seguir.

TABELA DE CARÊNCIAS NOTREDAME INTERMÉDICA

ITENS	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS CONTRATO
1	Atendimentos de Urgência/Emergência	24 horas
2	Consultas Médicas – Rede Própria	30 dias
3	Consultas Médicas – Rede Credenciada	30 dias
4 e 5	Exames simples – Rede Própria e Credenciada	30 dias
6 e 7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria e Credenciada	180 dias
8 e 9	Exames Especiais, Terapias Especiais, Internações Clínicas e Cirúrgicas, Demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – Rede Própria e Credenciada	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	Odonto: Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenção Clínica, Extração Simples.	24 horas
13	Odonto: Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, Periodontia, Endodontia	60 dias

Para os contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais não será exigido o cumprimento dos prazos de carências, desde que a inclusão do Beneficiário no plano ocorra em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da data de sua admissão na empresa contratante. As inclusões após esse prazo estarão sujeitas aos prazos da Tabela de Carência da NotreDame Intermédica, conforme quadro acima.

8. Como são as regras de carências do beneficiário dependente?

Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários: Aos beneficiários dependentes será aplicada a mesma carência do titular, exceto quando se tratar de beneficiário dependente recém-nascido. Os recém-nascidos incluídos no plano em até 30 (trinta) dias da data de nascimento, aproveitarão os prazos de carências já cumpridos pelo titular do plano.

Para os contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais: Aos beneficiários dependentes também será aplicada a isenção de carências do titular, observadas as seguintes condições: a) desde que o beneficiário titular também tenha sido incluído sem carências; e, b) sua inclusão ocorra no mesmo momento do titular ou em até 30 (trinta) dias da data do evento que deu causa a relação de dependência (data do nascimento, do casamento, etc).

O beneficiário dependente incluído fora desses prazos e condições cumprirá os prazos de carências previstos na Tabela de Carência NotreDame Intermédica (Quadro-Pergunta 7), exceto no caso dos recém-nascidos, que poderão ser incluídos no plano em até 30 (trinta) dias da data de nascimento, aproveitando os prazos de carências já cumpridos pelo titular do plano.

9. O que são as Carências Promocionais? Quem tem direito?

No momento da contratação é ofertada uma condição promocional de redução de carências para os beneficiários informados na Proposta de Contratação. Esta condição promocional observará os critérios estabelecidos na referida proposta de acordo com o número de beneficiários participantes do Contrato.

Existem dois padrões de Carência Promocional, um padrão para contratos com 2 (dois) a 10 (dez) beneficiários e, um padrão para contratos com 11 (onze) a 29 (vinte e nove) beneficiários.

Além da Carência Promocional, os beneficiários que advirem de outras Operadoras poderão ter uma Redução Especial de Carências, caso sejam preenchidos os critérios de permanência e compatibilidades dos anos anteriores. Os critérios para a Redução Especial de Carência estão descritos detalhadamente na Proposta de Redução de Carências.

AS CARÊNCIAS PROMOCIONAIS SÃO APLICADAS EXCLUSIVAMENTE AOS BENEFICIÁRIOS INFORMADOS NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO. Os beneficiários incluídos após a data de contratação cumprirão os prazos da Tabela de Carências da NotreDame Intermédica (Quadro Pergunta 7).

Os prazos contratuais de carências dos procedimentos odontológicos para os beneficiários titulares e dependentes não estão incluídos nesta condição promocional.

10. Quais os limites de coberturas decorrem da CPT? O que é CPT?

CPT significa **C**obertura **P**arcial **T**emporária e corresponde à suspensão pelo prazo de até 24 meses 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 no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

Assim como a carência, o cumprimento do período de CPT não é exigido para os contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais, exceto para os casos de inclusão do beneficiário titular no contrato após 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da data de sua admissão na empresa contratante. Aos beneficiários dependentes poderá ser exigida a CPT quando forem incluídos conjuntamente com o titular após os prazos citados ou após os 30 dias do evento que causou a relação de dependência. Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários sempre haverá exigência de CPT para as doenças ou lesões declaradas.

Vale ressaltar que para os dependentes:

- a) recém-nascidos incluídos após a vigência do contrato e em até 30 dias do nascimento;
- b) menores de 12 anos, inscritos em até 30 dias da concessão da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade; não poderá haver alegação de doença ou lesão preexistente e não poderá ser imputada CPT.

11. Como faço para utilizar o plano de saúde?

Para utilizar as coberturas assistenciais na Rede Própria ou Credenciada da NOTRE DAME INTERMÉDICA será necessária a apresentação da Carteira de Identificação do Beneficiário na Operadora com a devida identificação oficial com foto.

A Carteira de Identificação do Beneficiário é digital e poderá ser obtida por meio do aplicativo GNDI easy para telefones móveis e no portal do GNDI (www.gndi.com.br). Na falta da Carteira de Identificação digital, a apresentação do número da Carteira garante o direito ao atendimento. O número da Carteira de Identificação pode ser consultado na Central de Atendimento, no SAC e, também está disponível no verso da Carteira de Identificação digital.

Para coberturas de procedimentos especiais, terapias, internações clínicas e cirúrgicas será necessária autorização prévia da Operadora, que pode ser emitida no portal da Operadora e nas Agências de Atendimento divulgadas também no portal da operadora. Em caso de dúvida consulte os canais de atendimento divulgados no portal.

12. Como é o pagamento das mensalidades do seu plano de saúde?

As mensalidades do seu contrato são pré-estabelecidas, ou seja, há um valor pré-fixado correspondente a um período de cobertura. Este período independente do dia de vencimento da sua mensalidade.

Os valores são pré-fixados de acordo com a faixa etária e, o faturamento será efetuado com base no total de Beneficiários (titulares e dependentes) ativos e com data de início no mês referente ao faturamento em curso, respeitando o número mínimo de vidas para o faturamento mensal, que será realizado com base na primeira faixa etária do plano contratado com beneficiários ativos e que possua o menor valor de mensalidade.

Para contratos com 2 a 29 beneficiários o faturamento mínimo será de 2 (dois) beneficiários. Para contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais o faturamento mínimo será de 30 (trinta) beneficiários.

Isto quer dizer que, quando houver solicitação de exclusão que implique no esvaziamento total do contrato ou que reste em número inferior ao faturamento mínimo, a empresa contratante se obrigará ao pagamento mensal correspondente ao número mínimo de beneficiários.

Os valores da sua mensalidade serão reajustados por mudança na faixa etária (aniversário) dos beneficiários e, anualmente em razão da variação de custos médicos hospitalares e da sinistralidade decorrente da assistência à saúde prestada.

Os boletos para pagamento estão disponíveis 15 dias antes do vencimento no portal da operadora na área logada da contratante.(pme on line)

13. Como é aplicado o reajuste por faixa etária?

O valor da mensalidade será reajustado sempre que ocorrer mudança de faixa etária do Beneficiário (aniversário). O reajuste observará o percentual correspondente às faixas etárias identificadas.

Os percentuais de reajuste para cada faixa etária variam de acordo com o plano contratado e, estão disponíveis nas Condições Específicas do seu contrato no portal da Operadora.

Ex: O beneficiário que ingressou no plano com 18 anos terá reajuste por faixa etária ao completar 19 anos, outro reajuste ao completar 24, o próximo reajuste ao completar 34 e, assim consecutivamente.

FAIXAS ETÁRIAS	0 a 18 anos
	19 a 23 anos
	24 a 28 anos
	29 a 33 anos
	34 a 38 anos
	39 a 43 anos
	44 a 48 anos
	49 a 53 anos
	54 a 58 anos
	59 anos ou +

14. Como é aplicado o reajuste anual?

Das empresas até 29 (vinte e nove) beneficiários participantes ao Agrupamento de Contrato RN309

Participarão do agrupamento todos os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, para efeito de apuração de um único índice de reajuste a ser aplicado anualmente às contraprestações pecuniárias dos contratos pertencentes ao agrupamento. A aplicação do índice único de reajuste para as empresas integrantes do agrupamento ocorrerá sempre no mês de aniversário do contrato, no período de maio a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

Das empresas acima de 30 (trinta) beneficiários participantes ao Agrupamento de Contratos

Os contratos acima de 30 (trinta) beneficiários e, que durante a vigência do contrato alcançarem até 249 (Duzentos e Quarenta e nove) beneficiários serão reajustados por agrupamentos. A inclusão da empresa Contratante ao seu respectivo agrupamento se dará no mês 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 ou a quantidade de beneficiários inscrito na massa inicial no caso de apuração menor do que 12 meses.

A apuração para cada Agrupamento de Contratos resultara em um índice de reajuste que tomará por base as receitas e despesas observadas nos 12 (doze) meses que antecedem o mês de cada agrupamento de contratos, considerando-se uma defasagem de até 06(seis) meses contados a partir do mês da apuração inclusive.

As informações detalhadas do reajuste e as respectivas fórmulas estão discriminadas nas condições gerais do seu contrato, disponível no portal da operadora, bem como poderão ser identificadas no extrato pormenorizado de reajuste aplicado ao seu contrato, disponibilizado no portal da operadora na área privada da pessoa jurídica contratante.

15. O que ocorre se houver atraso no pagamento da mensalidade?

Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias em prazo superior a 08 (oito) dias, os Beneficiários terão as coberturas suspensas até que sejam quitados os valores devidos, acrescidos dos encargos de mora pactuados. Após o pagamento e a devida comprovação, a cobertura dos serviços será restabelecida em até 03 (três) dias úteis.

O atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias acarretará a incidência de multa de 2% (dois por cento), além de atualização com base na variação acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) ou 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.

No caso de inadimplência pela Contratante por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de contrato, o contrato poderá ser rescindido pela NotreDame Intermédica.

16. Além da inadimplência em quais outras hipóteses o contrato pode ser rescindido?

O contrato pode ser rescindido motivadamente, ou seja, nas hipóteses em que uma das partes der causa a rescisão, identificadas como:

a) Inadimplência acima de 30 dias, consecutivos ou não;

b) Hipótese de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas da contratante, ou de omissão de informações que possam influir na aceitação do Contrato, ou, ainda para auferir vantagens próprias ou para seus Beneficiários;

c) Irregularidade cadastral juntos aos órgãos competentes (Receita Federal, Portal do Empreendedor -MEI, etc).

O contrato também poderá ser rescindido imotivadamente (sem razão específica) por qualquer das partes, desde que respeitado o prazo inicial de 12 (doze) meses e, mediante prévia notificação escrita a ser enviada pela parte que deseja rescindir, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Caso as partes rescindam imotivadamente 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 mensalidades a vencer, calculada pela média dos 06 (seis) maiores faturamentos cobrados até a data da efetiva rescisão.

17. Onde estão descritas as regras de coparticipação e reembolso?

As regras de coparticipação e reembolso estão descritas nas condições específicas de cada plano disponíveis para download no portal da NotreDame Intermédica www.gndi.com.br. Os valores de coparticipação e de reembolso variam de acordo com o plano contrato. Consulte sempre as condições específicas antes de utilizar o seu plano para ter mente quais informações necessárias. Em caso de dúvidas, utilize os canais de atendimento informados neste Guia.

18. Quais as regras do meu plano odontológico?

A assistência odontológica possui regras diferenciadas de acordo com o plano contratado, isto é, se foi contratado plano sem ou com franquia e, estão previstas nas condições específicas correspondente, disponíveis para download no portal da NotreDame Intermédica www.gndi.com.br. Consulte sempre as condições específicas antes de utilizar o seu plano para ter em mente quais informações necessárias. Em caso de dúvidas, utilize os canais de atendimento informados neste Guia.

19. Quais os canais de atendimento à empresa contratante e aos beneficiários vinculados ao contrato?

A empresa contratante poderá entrar em contato nos telefones (11) 3155-2040 Empresas Grande São Paulo e 0300 773 22 12 para demais regiões, para auxílio, dúvidas e demais assuntos contratuais ou utilizar-se do nosso portal de serviços PME ON LINE, para emissão de 2ª. via de boleto, 2ª. via de carteirinha, extratos de coparticipação, beneficiários que foram cobrados na fatura e realizar as movimentações cadastrais de inclusão e exclusão de beneficiários.

Aos beneficiários vinculados ao contrato a Notre Dame Intermédica disponibiliza vários canais de atendimento para obtenção de informações específicas do seu plano de saúde (indicação de rede para atendimento, autorizações, cobertura contratual, marcação de consultas e demais serviços).

Os canais de atendimento são disponibilizados de acordo com a localidade da residência do beneficiário. Para verificar qual a central de atendimento da sua região consulte o portal da operadora (<http://www.gndi.com.br/atendimento-saude-notredame-intermedica>) ou ligue para o número da Central de Atendimento disponível no verso da carteirinha de identificação.

Esperamos que os assuntos tratados tenham colaborado para a melhor compreensão dos termos contratados e facilitado a utilização dos nossos serviços sempre que necessário.

Este guia de orientações não tem caráter vinculativo e não substitui as informações constantes do contrato (condições gerais e específicas) e da proposta.

Estamos à sua disposição em nossos canais de atendimento.

NotreDame Intermédica Saúde S.A.