

## APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos a você nosso **Plano de Assistência à Saúde Intermédica – Adesão**.

O **Intermédica – Adesão** está associado à tradição, segurança e qualidade diferenciada de serviços, uma marca da **Intermédica**, uma empresa especializada em saúde atuando no país há mais de 35 anos, aliada ao conceito de Gestão Integral – Medicina Curativa e Preventiva, englobando a manutenção e a recuperação da saúde de seus Beneficiários.

O dimensionamento adequado dos recursos, o compromisso com a qualidade técnico-médico-administrativa dos serviços, os investimentos e aplicações de conceitos modernos de gerenciamento e novas formas de operação traduzem-se numa postura estratégica de constante aprimoramento, conquistando índices elevados de fidelidade de seus beneficiários sempre dentro de uma política de preços justos e acessíveis.

Tais valores resultam num elevado grau de comprometimento entre a **Intermédica** e a satisfação de seus beneficiários e empresas clientes. É a **Intermédica** oferecendo soluções personalizadas para sua Empresa.

O material a seguir é composto de vários cadernos, subdivididos por assunto:

1. Contrato de Assistência à Saúde **Intermédica** – Adesão;
2. Termo de Responsabilidade – Plano Referência;
3. Proposta de Contratação Coletivo por Adesão.

Boa Leitura!

**Intermédica Sistema de Saúde S.A.**

**ÍNDICE**

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - 08.2007.001 - COLETIVO POR ADESÃO NA SEGMENTAÇÃO  
AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

<b>CAPÍTULO I</b>	<b>DEFINIÇÕES</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA</b>	<b>7</b>
1.	Do Objeto	7
2.	Da Natureza	7
3.	Segmentação Assistencial	7
4.	Tipo de Contratação	7
5.	Beneficiários	7
6.	Das Coberturas	8
7.	Remoções Inter-Hospitalares Terrestres	13
8.	Exclusões	13
9.	Planos MAX	15
10.	Condição de Vínculo do Beneficiário Titular em Contrato Coletivo por Adesão	24
11.	Condições de Admissão	24
12.	Perda da Qualidade de Beneficiário	27
13.	Carteira de Identificação e Manual de Orientação	29
14.	Contraprestação Pecuniária	30
15.	Atualização Monetária	30
16.	Reajuste por Mudança de Faixa Etária	31
17.	Revisão por Sinistralidade da Contraprestação Pecuniária Mensal	31
18.	Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal	32
19.	Prazo do Contrato	33
20.	Rescisão	33
21.	Disposições Gerais	34
22.	Foro	35



## CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES

### 1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

É a região onde o Beneficiário terá atendimento, conforme o plano contratado.

### 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. ÁREA DE ATUAÇÃO

Considera-se área de atuação as localidades onde a **Intermédica** comercializa ou disponibiliza seu Plano Privado de Assistência à Saúde.

### 7. 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 Pacientes Queimados e Terapia Respiratória.

### 8. BENEFICIÁRIOS

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

**8.1. Beneficiário Titular** – é o indivíduo que mantém vínculo com a **Contratante** de caráter empregatício, societário, de estágio, associativo ou sindical, conforme o caso, inscrito neste Contrato;

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

**8.2.1.** O(a) cônjuge do Beneficiário Titular;

**8.2.2.** O(a) companheiro(a) do Beneficiário Titular;

**8.2.3.** Os(as) filhos(as), naturais ou adotivos(as), solteiros(as), até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos quando universitários;

**8.2.4.** Os(as) tutelados(as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos incompletos.

### 9. 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.

**10. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO**

É a carteira individual e personalizada emitida pela **Intermédica** para cada Beneficiário incluído no Contrato que, junto com o documento de identificação pessoal, servirá para garantir o atendimento médico e/ou hospitalar a ser realizado pelo prestador de serviço pertencente à Rede Própria ou Credenciada.

**11. CHECK UP**

É um procedimento composto por um conjunto de exames médicos clínicos, instrumentais e laboratoriais, realizados em indivíduos de forma metódica e padronizada, com a finalidade de avaliar o estado de saúde.

**12. COBERTURA**

É a garantia de atendimento ao Beneficiário dos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, conforme estabelecido neste Contrato, respeitadas as limitações de cada plano e a opção de contratação pela **Contratante**.

**13. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA**

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

**14. CONTRATANTE**

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

**15. CO-PARTICIPAÇÃO**

Entende-se por co-participação a parte efetivamente paga pela **Contratante** à **Intermédica**, referente à realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares e de acordo com o plano contratado.

**16. CORPO CLÍNICO**

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

**17. DESPESA ASSISTENCIAL**

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

**18. 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.

**19. DOENÇA CONGÊNITA**

Doença com a qual a pessoa nasce, hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina, e com manifestação a qualquer tempo.

**20. 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.

**21. EMERGÊNCIA**

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



## **22. EXCLUSÕES**

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

## **23. 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 conseqüências. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência do dano e termina com a alta médica concedida ao paciente.

## **24. FICHA CADASTRAL**

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

## **25. HOSPITAL-DIA**

Regime de internação caracterizado pela permanência do Beneficiário em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas, em instalações adequadas para este tipo de atendimento, independentemente do tipo de acomodação prevista no plano contratado para o Beneficiário.

## **26. 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 **Intermédica Sistema de Saúde S.A.**

## **27. 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.

## **28. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA**

É a internação hospitalar cujo principal evento é o cirúrgico.

## **29. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA**

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

## **30. 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.

## **31. LIMITES FINANCEIROS DE REEMBOLSO**

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

## **32. 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.

## **33. PLANO CONTRIBUTÁRIO**

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

## **34. PLANO NÃO CONTRIBUTÁRIO**

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

## **35. PLANO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO**

Entende-se como Plano Privado de Assistência à Saúde de contratação Coletivo por Adesão aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de Beneficiários, tem inclusão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão de dependentes.

### **36. 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.

### **37. PROCEDIMENTOS ELETIVOS**

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

### **38. 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, que é entregue na **Intermédica** para análise quanto à aceitação ou recusa da Proposta.

### **39. REDE CREDENCIADA**

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

### **40. REDE PRÓPRIA**

É a rede de serviços médico-hospitalares onde as unidades pertencem à **Intermédica** ou a entidades ou empresas coligadas ou controladas da **Intermédica**.

### **41. REDE DA INTERMÉDICA**

É composta pelas Redes Própria e Credenciada.

### **42. REEMBOLSO**

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

### **43. SINISTRALIDADE**

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

### **44. SISTEMA DE REEMBOLSO**

É a garantia, ao Beneficiário, da cobertura prevista neste Contrato, através de estabelecimento e/ou profissional de saúde que não integra a Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica** e por este livremente escolhido. O Sistema de Reembolso estabelece limites de valores financeiros e ocorrerá, sempre, em conformidade com o plano contratado.

### **45. TABELA MÉDICA E HOSPITALAR TM-I**

É a tabela que valoriza os serviços médicos e hospitalares e que serve de base para o reembolso das despesas cobertas conforme o plano contratado. A Tabela Médica e Hospitalar TM-I está registrada no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo, sob o nº 4969834.

### **46. URGÊNCIA**

Entende-se como urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, caracterizado em declaração de médico assistente.



#### **47. UNIDADE DE SERVIÇO INTERMÉDICA - USI**

É a unidade de valor da Tabela Médica e Hospitalar TM-I utilizada como base para o cálculo do reembolso do presente Contrato, observados os quantitativos de USI descritos na TM-I para cada procedimento e as orientações gerais também ali contidas.

### **CAPÍTULO II – CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

Por este instrumento de Contrato Principal, de um lado a **INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S.A.**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, com sede à Rua Augusta, nº 1029 - Consolação, 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 **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 **Intermédica** garantir a assistência à saúde de forma continuada àquele que mantém 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, durante a vigência do presente instrumento.

#### **2. DA NATUREZA**

Trata-se de um Contrato por adesão, 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, tabelas de venda, ficha de implantação, declarações de saúde de todos os Beneficiários e a Tabela Médica e Hospitalar TM-I. A Tabela Médica e Hospitalar TM-I se encontra disponível para consulta através do Serviço de Apoio ao Cliente **Intermédica**.

#### **3. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

Plano de Assistência Médica na Segmentação Assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

#### **4. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Coletivo por Adesão.

#### **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, societário ou de estágio, conforme o caso, inscrito 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;

**5.2.3.** Os(as) filhos(as), naturais ou adotivos(as), solteiros(as), até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos quando universitários;

**5.2.4.** Os(as) tutelados(as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos incompletos.

## 6. DAS COBERTURAS

**6.1.** Ao Beneficiário, inscrito no Contrato, fica garantida a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme Anexo I da RN nº 82 de 29/09/2004, publicada no DOU de 30/09/2004 e suas atualizações, no 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, para todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina. O referido Rol de Procedimentos está disponível no site da ANS, no endereço: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

**6.1.1.** Todos os procedimentos (consultas, internações, serviços auxiliares de diagnose e terapia) cobertos por este Contrato serão prestados exclusivamente na Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**.

### 6.2. Cobertura ambulatorial

#### 6.2.1. Consultas médicas

Cobertura de consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado, em todas as especialidades constantes do rol de procedimentos e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

#### 6.2.2. Cobertura de serviços auxiliares de diagnose e terapia

6.2.2.1. Cobertura dos serviços de diagnose e terapia estabelecidos no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme Anexo I da RN nº 82 de 29/09/2004, publicada no DOU de 30/09/2004 e suas atualizações, exclusivamente nos locais especificados pela **Intermédica** conforme o plano contratado.

6.2.2.2. Será exigida guia de autorização prévia emitida nos Centros Clínicos próprios para a realização dos seguintes serviços de diagnose e terapia, entendidos como os exames simples, abaixo descritos:

- 6.2.2.2.1. Exames laboratoriais (exceto por PCR ou novas técnicas);
- 6.2.2.2.2. Audiometria/Impedanciometria;
- 6.2.2.2.3. Ultrassom (exceto com Doppler);
- 6.2.2.2.4. Endoscopia digestiva alta;
- 6.2.2.2.5. Colposcopia/Vulvoscopia/Citologia Oncótica;
- 6.2.2.2.6. Ecocardiograma (exceto ecodopplercardiograma colorido);
- 6.2.2.2.7. Eletrocardiograma;
- 6.2.2.2.8. Teste ergométrico;
- 6.2.2.2.9. Holter 24 horas;
- 6.2.2.2.10. Exames Radiológicos simples, contrastados, mamografias;
- 6.2.2.2.11. Fisioterapia.

6.2.2.3. Será exigida guia de autorização prévia emitida nos Centros Clínicos próprios para a realização dos seguintes serviços de diagnose e terapia, entendidos como os exames especiais, abaixo descritos:

- 6.2.2.3.1. Broncoscopia;
- 6.2.2.3.2. Cateterismos;
- 6.2.2.3.3. Cintilografia / Mapeamento;
- 6.2.2.3.4. Colonoscopia;
- 6.2.2.3.5. Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada;
- 6.2.2.3.6. Densitometria;
- 6.2.2.3.7. Ecodoppler / USG com Doppler e Fluxometria e a cores;
- 6.2.2.3.8. Ecossress / Eco transesofágico / CETE;
- 6.2.2.3.9. Endoscopia Urológicas e Respiratórias;



- 6.2.2.3.10. Provas Respiratórias e Ergoespiometrias;
- 6.2.2.3.11. Eletromiografia / Eletroneuromiografia outros exames neurofisiológicos;
- 6.2.2.3.12. Estudos Angiográficos;
- 6.2.2.3.13. Exames especiais em oftalmologia: ceratoscopia, retinografias, biometria, paquimetria ultrassônica, microscopia especular de córnea, ultrassonografia diagnóstica ocular, campimetria computadorizada; testes e exercícios ortópticos;
- 6.2.2.3.14. Exames especiais em: otorrinolaringologia: audiometria porticol, eletrococleografia, eletroneurografia, pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (bera), provas de otoneurológicas;
- 6.2.2.3.15. Fotocoagulação;
- 6.2.2.3.16. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- 6.2.2.3.17. Hemoterapia ambulatorial;
- 6.2.2.3.18. Holter de Pressão (MAPA);
- 6.2.2.3.19. Laparoscopia diagnóstica, e outros procedimentos diagnósticos vídeo-assistidos;
- 6.2.2.3.20. Litotripsia;
- 6.2.2.3.21. Mielografia;
- 6.2.2.3.22. Nasofibrolaringoscopia;
- 6.2.2.3.23. Otoneurológicos;
- 6.2.2.3.24. Polissonografia;
- 6.2.2.3.25. Potencial Evocado;
- 6.2.2.3.26. Punção Biópsia;
- 6.2.2.3.27. Quimioterapia ambulatorial;
- 6.2.2.3.28. Radioterapia ambulatorial e iodoterapia ambulatorial;
- 6.2.2.3.29. Radiologia Intervencionista e procedimentos hemodinâmicos;
- 6.2.2.3.30. Ressonância Nuclear Magnética;
- 6.2.2.3.31. Retinopexia;
- 6.2.2.3.32. Testes Alérgicos;
- 6.2.2.3.33. Tomografia Computadorizada.

### **6.2.3. Cirurgias ambulatoriais**

As cirurgias ambulatoriais menores, passíveis de serem realizadas com anestesia local, bloqueio ou sedação, incluindo cirurgias oftalmológicas ambulatoriais. Será necessária autorização prévia, fornecida pela **Intermédica**.

### **6.2.4. Atendimento ambulatorial de urgência ou emergência em pronto-socorro**

- 6.2.4.1. 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 **Intermédica**, conforme plano contratado, servindo-se do regime de plantão contínuo montado para estes casos:
  - 6.2.4.1.1. Acidente Pessoal;
  - 6.2.4.1.2. Atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Contrato;
  - 6.2.4.1.3. Consultas e serviços ambulatoriais de urgência ou emergência;
  - 6.2.4.1.4. atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência ou emergência;
  - 6.2.4.1.5. Inalações de urgência ou emergência;
  - 6.2.4.1.6. Atendimento em traumatologia, gesso, atadura e suturas;
  - 6.2.4.1.7. Medicação de urgência e emergência administrada no pronto-socorro;
  - 6.2.4.1.8. Repouso em pronto-socorro para recuperação ou esclarecimento diagnóstico;
  - 6.2.4.1.9. Complicações no Processo Gestacional.
- 6.2.4.2. Os atendimentos de urgência e emergência no decorrer dos períodos de carência e para os eventos relacionados à Doença ou Lesão Preexistente - DLP com acordo de Cobertura Parcial Temporária - CPT, a cobertura será limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento.
- 6.2.4.3. O atendimento de urgência ou emergência que evoluir para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções (Art. 3º Res. CONSU Nº 13/98). Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

- 6.2.4.4. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, a **Intermédica** deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.
- 6.2.4.5. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do **Contratante**, não cabendo ônus à operadora.

#### **6.2.5. Assistência ambulatorial em doenças mentais e uso abusivo de drogas**

- 6.2.5.1. Atendimento a emergência, assim considerada, a situação que implique em risco de vida ou de danos físicos para o próprio Beneficiário ou para Terceiros e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- 6.2.5.2. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de Contrato, **não cumulativas**;
- 6.2.5.3. Tratamento básico, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, coberturas de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

### **6.3. Cobertura hospitalar**

#### **6.3.1. Internações hospitalares**

Cobertura de internações hospitalares em casos clínicos, cirúrgicos ou obstétricos, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, observadas as disposições específicas para cada tipo de plano e o mecanismo de regulação.

##### **6.3.1.1. Despesas hospitalares**

Estão cobertas as seguintes despesas hospitalares:

- 6.3.1.1.1. diárias;
- 6.3.1.1.2. diárias de UTI ou similar, a critério do médico assistente;
- 6.3.1.1.3. serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 6.3.1.1.4. exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- 6.3.1.1.5. fornecimento de medicamentos, exceto os não nacionalizados, anestésicos, gases medicinais;
- 6.3.1.1.6. transfusões;
- 6.3.1.1.7. toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados, exceto os não nacionalizados;
- 6.3.1.1.8. procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência hospitalar:
  - 6.3.1.1.8.1. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - 6.3.1.1.8.2. quimioterapia;
  - 6.3.1.1.8.3. radioterapia;
  - 6.3.1.1.8.4. hemoterapia;
  - 6.3.1.1.8.5. nutrição parenteral ou enteral, exceto os não nacionalizados;
  - 6.3.1.1.8.6. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
  - 6.3.1.1.8.7. embolizações e radiologia intervencionista;
  - 6.3.1.1.8.8. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - 6.3.1.1.8.9. fisioterapia;
  - 6.3.1.1.8.10. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos Beneficiários submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção;

6.3.1.1.8.11. Nos casos de internação de Beneficiários menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, serão também cobertas as despesas de acomodação e de alimentação de um acompanhante.

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

6.3.1.1.10. 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.

### 6.3.2. Honorários médicos, clínicos ou cirúrgicos

Serão cobertos os Honorários Médicos dos profissionais médicos pertencentes à Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, indicados pela **Intermédica** para esta finalidade, inerentes aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados em decorrência de assistência prestada durante o período da internação hospitalar coberta pelo plano, referente ao médico que assiste o paciente (em internações clínicas), médico cirurgião, auxiliares de cirurgia e anestesista (em internações cirúrgicas).

### 6.3.3. Cirurgias odontológicas

Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

### 6.3.4. Tratamento hospitalar de doenças mentais e uso abusivo de drogas

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.

6.3.4.1. Terão também direito ao custeio integral de:

6.3.4.1.1. Internações hospitalares, com custeio integral pela **Intermédica**, limitadas a 30 (trinta) dias em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crise, por Beneficiário, por ano de Contrato, não cumulativos. Além da cobertura prevista neste item, o Beneficiário poderá dispor de até 8 (oito) semanas de tratamento em regime de hospital-dia por ano de Contrato, **não cumulativos**.

6.3.4.1.1.1. Para os diagnósticos F00 a F09; F20 a F29; F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão, a cobertura em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crise será estendida a 180 (cento e oitenta) dias, contínuos ou não, por ano de vigência do Contrato, **não cumulativos**.

6.3.4.1.1.2. Internações hospitalares, para Beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com custeio integral pela **Intermédica**, limitadas a 15 (quinze) dias por Beneficiário por ano de Contrato, **não cumulativos**, em hospital geral.

6.3.4.1.2. Nos casos indicados pelo médico assistente da **Intermédica**, poderá ser utilizado o “hospital-dia”;

6.3.4.1.3. Nos casos de transtornos psiquiátricos em que for necessário um prazo de internação superior ao limite previsto na Lei nº 9.656/98 e estabelecidos no item 6.3.4.1.1 e seus subitens, os Beneficiários terão direito à continuidade do tratamento, mediante pagamento de co-participação, dos valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares, conforme quadro a seguir:

EVENTO	% DE CO-PARTICIPÇÃO
Tratamento hospitalar de transtornos psiquiátricos em situação de crise	28% (vinte e oito por cento) após os primeiros 30 (trinta) dias de internação por ano de Contrato.
	28% (vinte e oito por cento) após dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

EVENTO	% DE CO-PARTICIPÇÃO
Transtornos mentais orgânicos, inclusive sintomáticos - CID F00 a F09	28% (vinte e oito por cento) após os primeiros 180 (cento e oitenta) dias de internação por ano de Contrato.
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes - CID F20 a F29	
Retardo mental – CID F70 a F79	
Transtornos de comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência - CID F90 a F98	
Tratamento hospitalar por intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química	28% (vinte e oito por cento) após os primeiros 15 (quinze) dias de internação por ano de Contrato.

6.3.4.1.4. Fica estabelecido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias por Beneficiário de cobertura parcial, excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas, nos termos do quanto disposto no artigo 4º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 11 de 03/11/98.

#### 6.3.5. Transplantes de rim e córnea

Estão cobertas as despesas com transplante de rim e de córnea, incluindo:

- 6.3.5.1. Despesas assistenciais com doadores vivos no caso de transplante de rim;
- 6.3.5.2. Medicamentos utilizados durante a internação;
- 6.3.5.3. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- 6.3.5.4. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;
- 6.3.5.5. O valor do pagamento das despesas acima citadas e as normas de transplantes seguem a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 12 de 03/11/98, que prevê que o 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.

#### 6.3.6. Cirurgia plástica reparadora e reconstrutiva

Além da cobertura de cirurgia plástica reparadora, a **Intermédica**, através dos 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 tratamento de câncer.

### 6.4. Cobertura obstétrica

#### 6.4.1. Gravidez e parto

- 6.4.1.1. Assistência pré-natal: compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;
- 6.4.1.2. Assistência ao parto: normal ou patológico (cesárea ou fórceps), por equipe especializada, em hospital e maternidade da Rede Própria ou Credenciada;
- 6.4.1.3. Puerpério: nos Centros Clínicos próprios ou consultórios credenciados da **Intermédica**;
- 6.4.1.4. Assistência neonatal: os recém-nascidos terão direito à assistência dada pelos pediatras nos berçários do hospital ou maternidade;
- 6.4.1.5. Intercorrências na gravidez e suas complicações.

#### 6.4.2. Assistência ao recém-nascido

Fica garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.



## **7. REMOÇÕES INTER-HOSPITALARES TERRESTRES**

**7.1.** Serão realizadas por ambulância (terrestre) com os recursos necessários à manutenção da vida e sem quaisquer ônus, na necessidade do transporte do paciente do Hospital de origem para o Hospital de destino, devendo ser previamente autorizadas pela **Intermédica**.

**7.2.** As remoções serão cobertas dentro dos limites de Abrangência Geográfica previstos no Contrato.

### **7.3. Remoções quando Beneficiário estiver cumprindo período de carência:**

**7.3.1.** Na hipótese de falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador do atendimento de urgência ou emergência, atestado pelo médico assistente, ou pela necessidade de internação quando em período de carência ou cobertura parcial temporária de doenças e/ou lesões preexistentes, fica assegurada a remoção inter-hospitalar terrestre, para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS.

**7.3.2.** Fica garantida a remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

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

**7.3.4.** Caso o paciente e/ou familiares optem pela remoção do paciente, a **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 **Intermédica** irá disponibilizar ambulância com todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do Sistema Único de Saúde - SUS (art. 7º, §3º da Res. CONSU 13/98).

**7.3.5.** Se não for possível a remoção sem provocar risco de vida ao paciente e encontrando-se este em período de carência ou cobertura parcial temporária, o Beneficiário e seus familiares ou a **Contratante** deverão negociar com o serviço prestador a continuidade do atendimento e a responsabilidade deste, hipótese que a **Intermédica** estará desobrigada de qualquer ônus, conforme disposto na Resolução CONSU n.º 13 de 04/11/1998.

## **8. EXCLUSÕES**

**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, a saber:**

**8.1. Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos (Anexo I da Resolução – RN Nº 82 – ANS, de 29/09/04 ou outra que vier a substituí-la / complementá-la);**

**8.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**

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

**8.4. 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 paciente cujo resultado da divisão do seu peso pelo quadrado da sua altura seja superior a quarenta – Índice de Massa Corpórea - IMC);**

**8.5. Fornecimento de medicamentos, produtos e materiais importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**

**8.6. Fornecimento de próteses, órteses, materiais e acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**

- 8.7. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- 8.8. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 8.9. Sonoterapia, terapia ocupacional e medicina ortomolecular;**
- 8.10. Tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- 8.11. Transplantes, à exceção de rim e córnea;**
- 8.12. Qualquer procedimento odontológico, com exceção dos previstos neste Contrato;**
- 8.13. Acidentes do trabalho e suas conseqüências, e moléstias profissionais, incluindo os acidentes do trabalho de trajeto e outros fatos caracterizados como tal pela legislação vigente;**
- 8.14. Procedimentos relativos ao programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO);**
- 8.15. Consultas, fornecimento de medicamentos, produtos, materiais e quaisquer tipos de tratamentos domiciliares, inclusive *home care*;**
- 8.16. Vacinas, necrópsias, cirurgias fetais, *check ups*, internações e cirurgias para mudanças de sexo e inseminação artificial;**
- 8.17. Procedimentos previstos no plano, durante o período de carência**
- 8.18. Procedimentos previstos no plano durante o período de cobertura parcial temporária por doenças ou lesões preexistentes para os contratos com menos de 50 ( cinquenta ) vidas;**
- 8.19. Enfermagem domiciliar; despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a internação hospitalar, tais como: estacionamento, jornais, televisão, telefone, alimentação, frigobar e similares e acomodação do acompanhante, exceto nos casos previstos em Lei;**
- 8.20. Aluguel de qualquer equipamento ou aparelho para assistência médica domiciliar;**
- 8.21. Qualquer tipo de remoção não prevista neste Contrato ou fora da área de atuação e de abrangência geográfica do plano; e**
- 8.22. Reembolso de despesas de qualquer natureza, realizadas em território Nacional ou no Exterior, exceto os previstos expressamente neste Contrato.**

## 9. PLANOS MAX

### 9.1. Características dos planos:

#### 9.1.1. MAX 200:

- 9.1.1.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios da **Intermédica**. Quando não houver disponibilidade da especialidade no Centro Clínico próprio, as consultas serão realizadas nos consultórios credenciados através de guia de encaminhamento fornecida pelos médicos dos Centros Clínicos Próprios. Sempre respeitando os municípios previstos na abrangência geográfica do plano contratado;
- 9.1.1.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **Intermédica** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios;
- 9.1.1.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 200**;
- 9.1.1.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade e mediante guia de autorização prévia emitida pela **Intermédica**, com acomodação COLETIVA (Quartos não privativos de até três leitos).  
Quando não houver rede própria, a **Intermédica** poderá oferecer rede credenciada em substituição à mesma, sendo facultado à **Intermédica** o direito de voltar a oferecer rede própria quando a mesma passe a estar disponível na área de abrangência geográfica.

#### 9.1.2. MAX 200 PLUS

- 9.1.2.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios da **Intermédica**. Quando não houver disponibilidade da especialidade no Centro Clínico próprio, as consultas serão realizadas nos consultórios credenciados através de guia de encaminhamento fornecida pelos médicos dos Centros Clínicos Próprios, sempre respeitando os municípios previstos na abrangência geográfica do plano contratado;
- 9.1.2.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **Intermédica** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios;
- 9.1.2.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 200 PLUS**;
- 9.1.2.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade e mediante guia de autorização prévia emitida pela **Intermédica**, com acomodação INDIVIDUAL (apartamento com quarto e banheiro privativo, com direito a acompanhante).  
Quando não houver rede própria, a **Intermédica** poderá oferecer rede credenciada em substituição à mesma, sendo facultado à **Intermédica** o direito de voltar a oferecer rede própria quando a mesma passe a estar disponível na área de abrangência geográfica.

#### 9.1.3. MAX 300:

- 9.1.3.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;
- 9.1.3.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **Intermédica** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios;
- 9.1.3.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 300**;
- 9.1.3.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade e mediante guia de autorização prévia emitida pela **Intermédica**, com acomodação COLETIVA (Quartos não privativos de até três leitos).

**9.1.4. MAX 300 PLUS:**

- 9.1.4.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;
- 9.1.4.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **Intermédica** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios;
- 9.1.4.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 300 PLUS**;
- 9.1.4.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade e mediante guia de autorização prévia emitida pela **Intermédica**, com acomodação INDIVIDUAL (apartamento com quarto e banheiro privativo, com direito a acompanhante).

**9.1.5. MAX 400:**

- 9.1.5.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;
- 9.1.5.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **Intermédica** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios;
- 9.1.5.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 400**;
- 9.1.5.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade e mediante guia de autorização prévia emitida pela **Intermédica**, com acomodação COLETIVA (Quartos não privativos de até três leitos).

**9.1.6. MAX 400 PLUS:**

- 9.1.6.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;
- 9.1.6.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **Intermédica** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios;
- 9.1.6.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 400 PLUS**;
- 9.1.6.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade e mediante guia de autorização prévia emitida pela **Intermédica**, com acomodação INDIVIDUAL (apartamento com quarto e banheiro privativo, com direito a acompanhante).

**9.2. Co-participação**

- 9.2.1. Além das características dos planos apresentadas nos subitens anteriores, estão previstas as opções de contratação com e sem co-participação, conforme o seguinte quadro:



NÚMERO DE REGISTRO NA ANS	NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO HOSPITALAR	CO-PARTICIPAÇÃO
455.926/07-6	MAX 200	COLETIVA	NÃO
455.928/07-2	MAX 200 PLUS	INDIVIDUAL	
456.021/07-3	MAX 300	COLETIVA	
456.024/07-8	MAX 300 PLUS	INDIVIDUAL	
456.026/07-4	MAX 400	COLETIVA	
456.028/07-1	MAX 400 PLUS	INDIVIDUAL	
455.948/07-7	MAX I 200	COLETIVA	SIM
455.949/07-5	MAX I 200 PLUS	INDIVIDUAL	
456.032/07-9	MAX I 300	COLETIVA	
456.035/07-3	MAX I 300 PLUS	INDIVIDUAL	
456.037/07-0	MAX I 400	COLETIVA	
456.039/07-6	MAX I 400 PLUS	INDIVIDUAL	

### 9.2.2. Procedimentos com co-participação

9.2.2.1. Será devido pela **Contratante** para a realização de cada um dos procedimentos abaixo indicados o pagamento de co-participação conforme a seguinte tabela, que será cobrado juntamente com o faturamento mensal.

CO-PARTICIPAÇÃO - VALORES EM REAIS (R\$)						
PLANO	Consultas Eletivas	Consulta Retorno	Consulta Pronto Atendimento	Exames Simples (*)	Exames Especiais (*)	Internação
MAX I 200	6,00	Isento	10,00	2,00	5,00	Isento
MAX I 200 Plus	6,00	Isento	10,00	2,00	5,00	Isento
MAX I 300	6,00	Isento	10,00	2,00	5,00	Isento
MAX I 300 Plus	7,00	Isento	12,00	3,00	6,00	80,00
MAX I 400	7,00	Isento	12,00	4,00	8,00	100,00
MAX I 400 Plus	8,00	Isento	14,00	5,00	10,00	150,00

(\*) Conforme item 6.2.2.2 e 6.2.2.3.

9.2.2.2. O valor máximo de co-participação será de acordo com a legislação vigente à época da contratação.

9.2.2.3. Os valores de co-participação sofrerão reajustes vinculados à periodicidade e índices de reajustes negociados entre as partes.

### 9.3. Carências

9.3.1. Serão observados os seguintes prazos de carência que terão início a partir da data de inclusão do Beneficiário no plano, observadas as regras e condições de admissão:

ITENS	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
1	Atendimentos de Urgência/Emergência	24 horas
2	Consultas Médicas	30 dias
3	Raios X simples, hemograma, hemossedimentação, parasitológico de fezes, urina tipo I, colesterol, triglicérides, glicemia, ácido úrico, sódio, potássio, uréia, creatinina, papanicolau e eletrocardiograma	30 dias
4	Todos os exames complementares e procedimentos de terapia não relacionados no item 3; Internações, exceto as de urgência/emergência definidas em Lei e as relacionadas no item 5; Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.	180 dias
5	Partos a termo	300 dias

- 9.3.1.1. Não haverá qualquer tipo de carência no período de adesão inicial deste Contrato, previsto na Proposta de Contratação, desde que a **Contratante** inscreva durante o período de adesão, contado a partir da data da sua assinatura e mantenha durante toda a vigência do Contrato um número mínimo de 50 (cinquenta) Beneficiários.
- 9.3.1.2. Caso não seja atingido o número mínimo, serão observadas as carências estabelecidas neste Contrato, contadas a partir do fim do prazo de adesão, que será firmado na Proposta de Contratação.

#### 9.4. Abrangência geográfica do plano e área de atuação

- 9.4.1. A abrangência geográfica do plano, para efeito da prestação de serviços aqui cobertos, em cumprimento deste Contrato está definida como Grupo de Municípios:

ÁREA DE ATUAÇÃO		
UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
Alagoas	200	O município de: Maceió.
	300	Os municípios de: Maceió e São Miguel dos Campos.
	400	Os municípios de: Arapiraca, Maceió, Palmeira dos Índios, Penedo, Santana do Ipanema e São Miguel dos Campos.
Bahia	200	Os municípios de: Camaçari, Lauro de Freitas e Salvador.
	300	Os municípios de: Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Juazeiro, Lauro de Freitas, Mata de São João, Salvador e Simões Filho.
	400	Os municípios de: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Caetitê, Camaçari, Candeias, Catu, Conceição do Coité, Cruz das Almas, Dias d'Ávila, Entre Rios, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Ipiaú, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itaparica, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Luís Eduardo Magalhães, Mata de São João, Nazaré, Nova Viçosa, Paulo Afonso, Porto Seguro, Salvador, Santa Cruz Cabrália, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Sebastião do Passé, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vera Cruz e Vitória da Conquista.
Ceará	200	Os municípios de: Caucaia, Fortaleza e Maracanaú.
	300	
	400	Os municípios de: Aracati, Barbalha, Baturité, Caucaia, Crato, Fortaleza, Iguatu, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Paracuru, Redenção, Russas, Senador Pompeu, Sobral e Tauá.
Maranhão	200	O município de: São Luís.
	300	Os municípios de: Açailândia, Buriticupu, Imperatriz, Raposa, Santa Inês e São Luís.
	400	Os municípios de: Açailândia, Buriticupu, Caxias, Imperatriz, Raposa, Santa Inês e São Luís.
Minas Gerais	200	Os municípios de: Araguari, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima, Tupaciguara e Uberlândia.
	300	Os municípios de: Araguari, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Tupaciguara e Uberlândia.
	400	Os municípios de: Araguari, Araxá, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Tupaciguara, Uberaba e Uberlândia.



ÁREA DE ATUAÇÃO		
UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
Pará	300 e 400	Os municípios de: Belém, Marabá, Paragominas e Parauapebas.
Paraíba	200	O município de: João Pessoa.
	300 e 400	Os municípios de: Cabedelo, Campina Grande e João Pessoa.
Pernambuco	200	Os municípios de: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife.
	300	Os municípios de: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Carpina, Caruaru, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife e Vitória de Santo Antão.
	400	Os municípios de: Abreu e Lima, Araripina, Arcoverde, Barreiros, Belo Jardim, Cabo de Santo Agostinho, Carpina, Caruaru, Garanhuns, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Olinda, Palmares, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Recife, Serra Talhada e Vitória de Santo Antão.
Piauí	200, 300 e 400	O município de: Teresina.
Rio de Janeiro	200	Os municípios de: Rio de Janeiro e São Gonçalo.
	300	Os municípios de: Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti.
	400	Os municípios de: Araruama, Barra do Pirai, Barra Mansa, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Macaé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João do Meriti, Teresópolis, Três Rios e Volta Redonda.
Rio Grande do Norte	200	Os municípios de: Natal, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante.
	300	Os municípios de: Açu, Alto do Rodrigues, Guamaré, Mossoró, Natal, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante.
	400	Os municípios de: Açu, Alto do Rodrigues, Caicó, Currais Novos, Guamaré, Macau, Mossoró, Natal, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante.
São Paulo	200	Os municípios de: Barueri, Cabreúva, Caieras, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Guarujá, Guarulhos, Itu, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mauá, Osasco, Ribeirão Pires, Santana de Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Taboão da Serra, Tatuí, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
	300	Os municípios de: Araçoiaba da Serra, Arujá, Barueri, Bertioga, Boituva, Cabreúva, Caieras, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Guarujá, Guarulhos, Iperó, Itapeçerica da Serra, Itapetininga, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Porto Feliz, Praia Grande, Ribeirão Pires, Salto, Salto de Pirapora, Santana de Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Suzano, Taboão da Serra, Tatuí, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
	400	Os municípios de: Agudos, Amparo, Apiaí, Araçoiaba da Serra, Arujá, Assis, Barretos, Barueri, Batatais, Bauru, Bertioga, Birigui, Boituva, Botucatu, Cabreúva, Caieras, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Campos do Jordão, Capão Bonito, Caraguatatuba, Carapicuíba, Cerqueira César, Cotia, Cruzeiro, Cubatão, Diadema, Embu-Guaçu, Estrela d'Oeste, Ferraz de Vasconcelos, Franca, Franco da Rocha, Guará, Guaratinguetá, Guarujá, Guarulhos, Ibiúna, Iguape, Indaiatuba, Iperó, Itanhaém, Itapeçerica da Serra, Itapetininga, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itatiba, Itu, Itupeva, Jales, Jandira, Jaú, Jundiaí, Lorena, Louveira, Mairinque, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Osvaldo Cruz, Penápolis, Peruíbe, Porto Feliz, Praia Grande, Registro, Ribeirão Pires, Salto, Salto de Pirapora, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São João da Boa Vista, São Paulo, São Roque, São Vicente, Serra Negra, Sorocaba, Suzano, Taboão da Serra, Tatuí, Taubaté, Ubatuba, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
Sergipe	200	Os municípios de: Aracajú.
	300 e 400	Os municípios de: Carmópolis, Aracaju, Itabaiana e Lagarto.

PLANOS MAX

## 9.5. Gerenciamento de ações de saúde

### 9.5.1. Locais de atendimento

- 9.5.1.1. Consultas Médicas serão realizadas nos Centros Clínicos Próprios da **Intermédica** ou nos Consultórios particulares dos médicos especialistas credenciados. De acordo com as características do Plano descritas no item 9.1.
- 9.5.1.2. Os exames complementares externos, os serviços auxiliares de terapia, as internações e demais atendimentos previstos neste Contrato, serão realizados nos locais indicados pela **Intermédica**, exclusivamente dentro de sua Rede Própria ou Credenciada, específicos para cada Plano e desde que solicitados por médicos do seu corpo clínico ou em casos especiais, quando autorizados previamente pelo departamento médico da Intermédica, resguardadas as situações de urgência ou emergência previstas neste Contrato.
- 9.5.1.3. A **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 de urgência ou emergência.
- 9.5.1.4. Para ter direito à assistência na Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica** será necessária a apresentação de Carteira de Identificação do Beneficiário com a devida identificação pessoal, sendo vedado o atendimento na ausência desta.
- 9.5.1.5. O Manual de Orientação do plano define o(s) Grupo(s) de Município(s) especificamente contratado(s) e constante(s) da ficha de implantação e relaciona os locais de atendimento para os planos deste Contrato.
- 9.5.1.6. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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.
- 9.5.1.7. Na hipótese de a substituição hospitalar ocorrer por vontade da **Intermédica** durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a **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 **Intermédica** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.
- 9.5.1.8. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **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.
- 9.5.1.9. 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).

### 9.5.2. Central de atendimento médico-operacional 24 horas - aconselhamento médico por telefone

- 9.5.2.1. A Central de Atendimento Médico-Operacional da **Intermédica** é certificada pelo ISO 9002 (n.º SQ-389-557/97 e 007652). Opera 24 horas ininterruptas com suporte médico, de forma permanente, de domingo a domingo, e sua função é muito mais que uma Central Telefônica comum. Seus operadores orientam os Beneficiários sobre todos os aspectos do Plano Privado de Assistência à Saúde, dão suporte na marcação de consultas, informações cadastrais e de direitos. Esta equipe de profissionais orienta as questões de saúde, evita eventuais agravamentos de problemas e conduz a uma eficaz utilização dos recursos, dando a acessibilidade necessária para o uso dos serviços da **Intermédica**.
- 9.5.2.2. Através do programa de ACONSELHAMENTO MÉDICO, os profissionais esclarecem dúvidas, avaliam as necessidades do Beneficiário, procedem as internações, providenciam remoções, com suporte de protocolos e software desenvolvidos para tal fim.

### 9.5.3. Mecanismos de regulação

- 9.5.3.1. As solicitações para internações hospitalares eletivas, na Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, serão encaminhadas para as equipes médicas indicadas pela **Intermédica** que as avaliarão e as programarão dentro das necessidades.
- 9.5.3.2. Em situação de divergência médica a respeito da autorização prévia, a definição do impasse será através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **Intermédica** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **Intermédica**.
- 9.5.3.2.1. A **Intermédica** pagará os honorários do médico que nomeou, do médico nomeado pelo Beneficiário titular e do desempatador até o limite da consulta médica em consultório estabelecida na sua Tabela Médica e Hospitalar TM-I.
- 9.5.3.2.2. Não havendo consenso do médico desempatador, ele será nomeado a pedido das partes por representante de entidade médica reconhecida.
- 9.5.3.3. Será obrigatória a solicitação de autorização prévia para internações clínicas e cirúrgicas eletivas, pequenas cirurgias e realização de exames e terapias.
- 9.5.3.3.1. Os serviços autorizados deverão ser realizados nos locais definidos no manual de orientação e conforme plano contratado.
- 9.5.3.3.2. A autorização prévia será concedida no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação.
- 9.5.3.4. As internações de urgência ou emergência na Rede Credenciada deverão ser comunicadas e regularizadas na Central de Atendimento até 48 (quarenta e oito) horas do evento.
- 9.5.3.5. Nos planos **MAX 200** e **MAX 200 PLUS** fica estabelecido que a porta de entrada para consultas, exames e tratamentos especiais e de rotina é, exclusivamente, a rede de Centros Clínicos Próprios da **Intermédica**, não estando previsto neste Contrato como porta de entrada qualquer estabelecimento ou unidade pública ou privada que não faça parte da Rede Própria. As consultas e tratamentos na rede de consultórios credenciados, quando não houver disponibilidade da especialidade médica nos Centros Clínicos próprios da **Intermédica**, serão realizadas mediante Autorização Prévia fornecida pela **Intermédica** e somente por solicitação do Médico Assistente dos Centros Clínicos Próprios.
- 9.5.3.6. Nos Planos **MAX 300, MAX 300 PLUS, MAX 400 e MAX 400 PLUS**, fica estabelecido que para a realização de consultas, exames e tratamentos especiais e de rotina deverá ser utilizada a rede de Centros Clínicos Próprios e a rede de consultórios credenciados da **Intermédica**, não estando prevista a possibilidade de utilização de qualquer estabelecimento ou unidade pública ou privada que não faça parte da Rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**.
- 9.5.3.7. A solicitação de procedimentos feita por profissional médico não pertencente à rede credenciada **Intermédica** poderá ser autorizada sendo submetida às regras do mecanismo de regulação.

## 9.6. Reembolso para atendimentos de urgência ou emergência

### 9.6.1. Limites financeiros de reembolso

- 9.6.1.1. Os Beneficiários nos planos **MAX 200, MAX 200 PLUS, MAX 300, MAX 300 PLUS, MAX 400, MAX 400 PLUS** terão direito ao reembolso de despesas relacionadas aos atendimentos de urgência e/ou emergência quando não houver possibilidade de utilização da rede de assistência da **Intermédica**, dentro da área de atuação escolhida pela **Contratante** conforme previsto neste Contrato e de acordo com o estabelecido na Lei nº 9.656/98, artigo 12, inciso VI, tendo como limite financeiro de reembolso os múltiplos estabelecidos na seguinte tabela:

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA		
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO		MÚLTIPLOS
COBERTURAS HOSPITALARES E DIÁRIAS	Diárias e taxas hospitalares	1 x TM-I
	Serviços auxiliares de diagnose e terapias	1 x TM-I
	Honorários médicos	1 x TM-I

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA		
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO		MÚLTIPLOS
COBERTURAS AMBULATORIAIS E TAXAS	Consultas médicas	1 x TM-I
	Exames	1 x TM-I
	Terapias	1 x TM-I

9.6.1.2. Serão cobertos, exclusivamente, os materiais e medicamentos utilizados ou ministrados dentro do período de internação hospitalar ou atendimentos em pronto-socorro, desde que cobertos pelo Contrato, sendo reembolsados de acordo com os valores estabelecidos no guia farmacêutico Brasíndice, na data do atendimento. Nos casos não constantes deste guia, o reembolso se dará de acordo com os preços médios do mercado, sem aplicação de múltiplos de reembolso, independentemente do plano contratado, exceto 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.

### 9.6.2. Solicitação de reembolso

9.6.2.1. Nos casos de comprovada urgência ou emergência em atendimentos hospitalares e dentro dos limites das obrigações deste Contrato, obedecendo a área de atuação já definida e os mecanismos de regulação, deverão observar as seguintes regras:

9.6.2.1.1. As despesas nos casos de urgências ou emergências, 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 Médica e Hospitalar TM-I, devidamente registrada no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo, cujo valor não será inferior ao da Tabela praticada pela **Intermédica** junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo Beneficiário.

9.6.2.1.2. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos de urgência ou emergência, prestados ao Beneficiário Titular ou Dependente com serviço de assistência a saúde coberto pelo Contrato, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador à **Intermédica**, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela Médica e Hospitalar TM-I será faturada para a **Contratante**, no mês subsequente, acompanhado da documentação comprobatória da cobrança.

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

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

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

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

9.6.2.3.1.1. Nome completo do Beneficiário atendido;

9.6.2.3.1.2. Local e data da realização da consulta;

9.6.2.3.1.3. 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;

9.6.2.3.1.4. Especialidade médica, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico;

9.6.2.3.1.5. Diagnóstico: CID 10, desde que autorizado pelo paciente.

**9.6.2.3.2. Exames complementares e tratamentos ambulatoriais** – Os recibos, em impresso próprio do prestador, ou notas fiscais originais e quitados devem conter as seguintes especificações:



- 9.6.2.3.2.1. Nome completo do Beneficiário atendido;
- 9.6.2.3.2.2. Local e data da realização de cada exame ou tratamento;
- 9.6.2.3.2.3. 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;
- 9.6.2.3.2.4. Razão social do laboratório, clínica ou serviço utilizado, endereço completo e telefone, com o número do CNPJ e assinatura do responsável;
- 9.6.2.3.2.5. 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;
- 9.6.2.3.2.6. 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:
  - 9.6.2.3.2.6.1. nome completo do Beneficiário atendido;
  - 9.6.2.3.2.6.2. hipótese diagnóstica que motivou a solicitação do exame; CID 10, desde que autorizado pelo paciente;
  - 9.6.2.3.2.6.3. data da elaboração do pedido médico;
  - 9.6.2.3.2.6.4. carimbo com nome completo do médico, nº do CRM, especialidade e assinatura;
  - 9.6.2.3.2.6.5. endereço e telefone para contato com o médico assistente, caso necessário.

**9.6.2.3.3. Internações ou procedimentos hospitalares** - Os recibos, em impresso próprio do prestador ou notas fiscais originais e quitados deverão especificar:

- 9.6.2.3.3.1. Nome completo do Beneficiário atendido;
  - 9.6.2.3.3.2. Local, data e horário da internação ou atendimento hospitalar e da comprovada alta hospitalar;
  - 9.6.2.3.3.3. Conta hospitalar em via original e quitada, discriminada com o valor unitário de cada item de despesa e tipo específico de procedimentos realizados;
  - 9.6.2.3.3.4. Razão social do hospital e número do CNPJ;
  - 9.6.2.3.3.5. 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.
  - 9.6.2.3.3.6. Relatório de alta hospitalar, devidamente preenchido pelo médico assistente do caso, com os dados solicitados no impresso próprio da **Intermédica**.
  - 9.6.2.3.3.7. Quando houver a extirpação de órgãos, tumores ou lesões, deverá ser anexado o laudo do exame anátomo-patológico.
  - 9.6.2.3.3.8. 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 anátomo-patológico.
- 9.6.2.3.4. Após a análise administrativa, de direitos contratuais, de avaliação técnica e de valores, descontadas as eventuais divergências, o reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias da entrega à **Intermédica** da documentação completa descrita no item anterior.

**9.6.3. Cálculo dos reembolsos**

- 9.6.3.1. Os Reembolsos serão calculados de acordo com o estabelecido neste Contrato, respeitando-se os Limites de Coberturas, da Área de Atuação e condições do plano contratado. O cálculo do reembolso será feito através da seguinte fórmula:

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

Onde: o número de USI (Unidade de Serviço **Intermédica**) é igual ao quantitativo apresentado na TM-I para o respectivo procedimento, o Valor da USI é o valor em reais para o cálculo do valor devido e o Múltiplo do plano é número de vezes à que o Beneficiário tem direito de acordo com o plano contratado e com a tabela apresentada no item 9.6.3.1.

- 9.6.3.2. 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).

#### **9.6.4. Reajuste USI**

- 9.6.4.1. O valor inicial da USI estabelecido pela **Intermédica** na data de início do Contrato será utilizado para os cálculos dos limites de reembolso.
- 9.6.4.2. Periodicamente, o valor da USI será ajustado de acordo com a variação dos custos médico-hospitares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação de Planos de Saúde.

#### **9.6.5. Pagamento do reembolso**

- 9.6.5.1. O Reembolso será efetivado por depósito na conta bancária informada pelo Beneficiário Titular por escrito.
- 9.6.5.2. 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 **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.

### **10. CONDIÇÃO DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO TITULAR EM CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO**

Este Contrato destina-se à indivíduos que mantêm os seguintes vínculos com a **Contratante**:

- a) Com vínculo empregatício ativo – destinado a empregados/funcionários ativos de pessoa jurídica **Contratante**;
- b) Se vínculo empregatício: destinado a consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.

### **11. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

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

#### **11.1. Comprovação do vínculo**

- 11.1.1.** A **Intermédica** exigirá, no momento da inclusão do funcionário, associado, cooperado ou sindicalizado documentação que comprove o seu vínculo com a **Contratante**, bem como o vínculo do dependente com o funcionário, associado ou sindicalizado, conforme a seguir:

- 11.1.1.1. Para Sociedade Comercial: Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial;
- 11.1.1.2. Para Sociedade Civil: Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório;
- 11.1.1.3. Para Sociedade Anônima: Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial;
- 11.1.1.4. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- 11.1.1.5. Para inclusão inicial dos funcionários ou sócios: Registro de Empregado em papel timbrado, Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada, ou, na falta destes documentos, Atestado de Saúde Ocupacional (ASO);

- 11.1.1.6. Para inclusão de funcionários, sócios ou estagiários após a implantação do Contrato: Registro de Empregado em papel timbrado, Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), Cópia da Carteira Profissional;
- 11.1.1.7. Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada, ou, na falta destes documentos, Atestado de Saúde Ocupacional (ASO);
- 11.1.1.8. Registro de Empregado em papel timbrado, Certidão de Nascimento, Casamento, Escritura Pública de Declaração de União Estável firmada em Cartório, Termo de Tutela e Guarda, Declaração da Faculdade para filhos universitários;
- 11.1.1.9. Para sócios, administradores e diretores: documento societário comprobatório do vínculo com a **Contratante**;
- 11.1.1.10. Documentos comprobatórios Contrato cooperado;
- 11.1.1.11. Para estagiários: Contrato de estágio com o respectivo prazo de validade;
- 11.1.1.12. Para Dependentes: Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, Escritura Pública de Declaração de União Estável registrada em Cartório, Termos de Tutela e Guarda e Declaração da Faculdade para filhos universitários;
- 11.1.1.13. Documentos comprobatórios de todas as informações exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme legislação vigente.

**11.1.2.** Nos casos de associados, cooperativos e sindicalizados, o Proponente ou a **Contratante** deverá comprovar previamente à adesão, os seguintes requisitos de elegibilidade:

- 11.1.2.1. Estar vinculado à **Contratante** (Associação. Cooperativa ou Sindicato) há pelo menos 6 (seis) meses;
- 11.1.2.2. Pertencer à mesma categoria profissional prevista na Proposta de Contratação;
- 11.1.2.3. Apresentar cópia de documento que demonstre o atendimento aos requisitos indicados nos subitens anteriores, a saber:
  - 11.1.2.3.1. Cópia da ficha de inscrição na Associação ou Sindicato;
  - 11.1.2.3.2. Cópia do registro na CTPS do Contrato de Trabalho;
  - 11.1.2.3.3. Comprovação do pagamento da Contribuição Associativa e/ou Sindical da categoria prevista;
  - 11.1.2.3.4. Outros documentos complementares a critério da **Intermédica**.

**11.1.3.** Não será aceita a inclusão de funcionário, associado, cooperado ou sindicalizado, que não tenha a elegibilidade prevista nos itens anteriores.

**11.1.4.** A **Contratante** assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais de seus funcionários, associados ou sindicalizados, e respectivos dependentes, exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como das Empresas Coligadas que eventualmente venham a aderir ao plano, as quais tornar-se-ão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

**11.1.5.** Os funcionários admitidos pela **Contratante**, após a assinatura do presente Contrato, serão após cumprimento das carências, estabelecidas neste Contrato, Beneficiários dos serviços objeto deste Contrato, com benefícios extensivos aos seus Dependentes, devendo observar o descrito nos subitens anteriores.

## **11.2. Inclusão em planos de contratação coletivo por adesão**

**11.2.1.** A **Contratante** deverá enviar a **Intermédica** na data da assinatura do Contrato, cadastro de todos os seus funcionários, associados ou sindicalizados e respectivos dependentes que serão inscritos no plano, através de impresso próprio fornecido pela **Intermédica** e o preenchimento da Declaração de Saúde, transferência magnética ou disquete, os quais serão, Beneficiários, após cumprimento das carências, estabelecidas neste Contrato, de modo a surtir os efeitos determinados pela legislação em vigor, inclusive para atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

- 11.2.1.1. O funcionário, associado ou sindicalizado no ato de sua inscrição na **Intermédica**, deverá incluir todos os seus Dependentes e somente deverá excluí-los por perda de direito legal à dependência.
  - 11.2.1.2. No caso de inclusão de novos Dependentes (tutelados, filhos naturais ou adotivos) menores de 12 (doze) anos, cujo advento ocorrer durante a vigência do Contrato, o prazo para cadastramento é de até 30 (trinta) dias da data do evento, isento do cumprimento dos períodos de carências e mediante o preenchimento da Declaração de Saúde. Após esse prazo, a inclusão somente será feita nos termos do item 9.3.
  - 11.2.1.3. O plano dos Beneficiários Dependentes será sempre igual ao do Beneficiário Titular.
  - 11.2.1.4. Os funcionários admitidos pela **Contratante**, após a assinatura deste instrumento, serão, após cumprimento das carências, estabelecidas neste Contrato, Beneficiários dos serviços objeto deste Contrato, com benefícios extensivos aos seus Dependentes, devendo observar o descrito nos subitens anteriores. No momento da inclusão do Beneficiário a **Intermédica** poderá solicitar documentação para averiguação da regularidade de inscrição do Beneficiário junto à **Contratante**.
  - 11.2.1.5. Nos Contratos com número de Beneficiários inferior a 50 (cinquenta) dependentes poderão ser incluídos a qualquer tempo na **Intermédica**, porém observando as carências e Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, estabelecidas neste Contrato mediante o preenchimento da Declaração de Saúde.
  - 11.2.1.6. Os funcionários, associados ou sindicalizados da **Contratante** e seus respectivos Dependentes, não inscritos na **Intermédica** no período de adesão inicial, estabelecido na Proposta de Contratação, poderão aderir após o encerramento do prazo de inscrição, porém observando as carências estabelecidas neste Contrato, que serão contadas a partir da data da sua inscrição e de seus Dependentes na **Intermédica**.
- 11.2.2.** A **Contratante** informará mensalmente à **Intermédica**, em impresso próprio, até último dia útil do mês em curso, a relação dos admitidos, acompanhada dos atestados de saúde ocupacional e da declaração de saúde, e dos desligados no mês, a fim de que esta mantenha atualizado o quadro de Beneficiários.
- 11.2.3.** A **Contratante** se responsabilizará pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos desligados durante o período em que os mesmos permanecerem indevidamente cadastrados na **Intermédica**, além do pagamento de eventuais custos ou despesas assistenciais ocorridas nesse período.
- 11.2.4.** O Beneficiário que não optar pelos **MAX 200 PLUS, MAX 300, MAX 300 PLUS, MAX 400, MAX 400 PLUS** na data de início deste Contrato ou na sua admissão na Empresa, somente poderá optar por transferir-se do plano nas datas estabelecidas no itens 11.3.

### 11.3. Transferência de planos

- 11.3.1. Entende-se por transferência a opção do Beneficiário pela mudança de plano dentre aqueles contratados pela **Contratante**.
- 11.3.2. Periodicamente, em frequência não inferior à anual e em data a ser estabelecida em comum acordo entre a **Intermédica** e a **Contratante**, o Beneficiário poderá optar pela transferência de planos.
  - 11.3.2.1. 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**.
  - 11.3.2.2. Se na solicitação de transferência do plano, o Beneficiário estiver cumprindo carências, estas serão mantidas até o seu término.

**11.3.3.** Na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, o Beneficiário da **Contratante** somente terá direito às novas características do novo plano 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.

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

## **12. PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

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

### **12.1. Da perda da qualidade do beneficiário titular:**

**12.1.1.** Por rescisão do presente Contrato;

**12.1.2.** Pelo término do vínculo empregatício, associativo, cooperado ou sindical 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 nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

12.1.2.1. A **Contratante** se responsabilizará pela comunicação a **Intermédica** do desligamento efetivo em até 48 (quarenta e oito) horas.

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

### **12.2. Da perda da qualidade de beneficiário dependente:**

**12.2.1.** Pela perda da condição de dependência;

**12.2.2.** Pelo cancelamento do Beneficiário Titular;

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

### **12.3. Demitidos e aposentados em planos contributários:**

**12.3.1.** Ao Consumidor que contribuir para este produto, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral em um outro plano coletivo da empresa, criado para INATIVOS.

12.3.1.1. O período de manutenção da condição de Beneficiário a que se esta cláusula será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência neste produto, ou sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

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

12.3.1.3. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência nos termos dispostos nesta Cláusula.

12.3.1.4. O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

12.3.1.5. A condição prevista deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

12.3.1.6. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **Contratante**, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência.

### 12.3.2. Inscrição, permanência e desligamento dos demitidos e aposentados

#### 12.3.2.1. Procedimentos da **Contratante**:

A **Contratante**, no ato da rescisão do contrato do trabalho deverá comunicar por escrito o Beneficiário Titular demitido ou aposentado do seu direito de manutenção no plano de assistência em que estava inscrito, o qual terá, o prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data do seu desligamento, para optar ou não pela continuidade.

12.3.2.2. Será aceita a opção de manutenção no Plano, se o Beneficiário Titular demitido ou aposentado, dentro do prazo previsto, protocolar, por escrito, na **Contratante** ou na **Intermédica**, tal opção, utilizando formulário próprio fornecido pela **Intermédica** à **Contratante** que deverá anotar o "recebido" com data, na 2ª (segunda) via que ficará em seu poder.

12.3.2.3. Quando a opção do demitido ou aposentado for apresentada à **Contratante**, o formulário "Termo de Adesão" deverá ser enviado no prazo de 24 (vinte e quatro) horas à **Intermédica**, a fim de permitir a esta providenciar o cadastramento, a emissão de boletos de pagamentos e credenciais em nome do demitido ou aposentado que optou pela continuidade.

12.3.2.4. Por se tratar de pré-pagamento, juntamente com o "Termo de Adesão" deverá o Beneficiário demitido ou aposentado efetuar o pagamento da primeira contraprestação pecuniária, sendo que as subseqüentes serão cobradas pela **Intermédica** através de boleto bancário emitido diretamente ao Beneficiário.

12.3.2.5. A inscrição do Beneficiário demitido ou aposentado que deverá incluir todo o grupo familiar que estava inscrito no Plano de Ativos, será feita mediante a opção pela manutenção no Plano de Inativos, comprovando a **Contratante** que a protocolização da opção de manutenção foi feita dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após a data do desligamento e fornecendo os seguintes documentos:

- a) cópia da opção do demitido ou aposentado pela manutenção no Plano;
- b) cópia do Registro de Empregado do Beneficiário demitido ou aposentado;
- c) cópia dos comprovantes das contribuições do Beneficiário demitido para o Plano de Ativos;
- d) no caso de aposentado, comprovação de todo o período em que o Beneficiário contribuiu para o Plano de Ativos.

12.3.2.6. O Beneficiário demitido e seu(s) dependente(s) poderão permanecer inscritos neste plano pelo prazo correspondente a um terço (1/3) do tempo em que o titular permaneceu inscrito no Plano de Ativos, assegurado um mínimo de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

12.3.2.7. O aposentado que contribuiu para o Plano de Ativos da mesma operadora por mais de 10 (dez) anos, sem solução de continuidade, poderá permanecer inscrito no Plano de Inativos até que seja admitido em novo emprego.

12.3.2.8. Ao aposentado que tiver contribuído para o Plano de Ativos, por prazo inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de permanecer inscrito no Plano, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

12.3.2.9. O demitido e o aposentado deverão comunicar imediatamente à **Intermédica** a sua admissão em novo emprego. O descumprimento dessa obrigação implicará no desligamento do Beneficiário e seus dependentes do plano de Inativos, e na caracterização de fraude, sujeitando o Beneficiário a indenizar a **Intermédica** das perdas e danos dela decorrentes.

12.3.2.10. Os demitidos e aposentados, e seus dependentes, serão desligados do Plano de Inativos:

- a) Por não pagamento da contraprestação pecuniária;
- b) No caso de encerramento ou cancelamento do plano mantido pela **Contratante** para os ativos;
- c) A qualquer tempo quando o Beneficiário titular demitido ou aposentado for admitido em novo emprego;
- d) Quando expirar o prazo de permanência;
- e) Quando forem constatadas fraude, tentativa de fraude, dolo ou inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato;
- f) No caso de cancelamento ou encerramento deste Contrato.

- 12.3.2.11. Encerrando-se o plano, a **Intermédica** coloca à disposição dos empregados e ex-empregados da Empresa, a preços da tabela vigente para pessoas físicas, seu plano de saúde na modalidade Individual ou Familiar.
- 12.3.2.12. Serão aproveitados os prazos de carências já cumpridos no plano coletivo encerrado, 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 Contrato coletivo da Empresa.
- 12.3.2.13. A Cobertura Parcial Temporária ou Agravado não será aplicada aos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação Coletiva por Adesão, com número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta).
- 12.3.2.14. Entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde, de contratação Coletiva, por Adesão, aquele que, embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de Beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes - artigo 49 da Resolução CONSU nº 14/98.
- 12.3.2.15. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação Coletiva por Adesão, com números de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de Agravado ou Cobertura Parcial Temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica e poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência - art. 5º, inciso IV da Resolução CONSU nº 14/98).

### 13. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E MANUAL DE ORIENTAÇÃO

**13.1.** A **Intermédica** se obriga a fornecer aos Beneficiários as CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO necessárias para a utilização dos serviços estabelecidos neste Contrato:

**13.1.1.** A não apresentação da Carteira de Identificação, juntamente com um documento de identidade com foto, desobriga a **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.

**13.1.2.** Na demissão de funcionários, nas eventuais inclusões ou exclusões inadequadas, nos atrasos ou numa eventual suspensão ou rescisão deste Contrato por qualquer das partes, caberá à **Contratante** o recolhimento das Carteiras de Identificação, ficando sob sua responsabilidade os custos dos atendimentos decorrentes da não observância desta obrigação.

**13.1.3.** No caso de perda ou extravio da Carteira de Identificação do Beneficiário, a **Contratante** obrigatoriamente comunicará a **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.

**13.2.** A **Intermédica** disponibilizará à **Contratante** o “Manual de Orientação” para que seja distribuído aos Beneficiários Titulares inscritos.

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

### 14. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

#### 14.1. Formação de preço

São garantidos os atendimentos, sob a forma de pré-pagamento per capita, através de contraprestação pecuniária, dos procedimentos constantes do Anexo I da Resolução - RN nº 82 de 29/09/2004 e suas atualizações. O valor da Contraprestação Pecuniária encontra-se fixado na proposta firmada entre as partes.

#### 14.2. Pagamento da contraprestação pecuniária

**14.2.1.** A **Contratante** efetuará o pagamento das contraprestações pecuniárias estabelecidas, considerando o número mínimo de 50 ( cinquenta ) Beneficiários, na menor contraprestação pecuniária dentre o(s) plano(s) contratado(s).

- 14.2.2.** Os Beneficiários inscritos são todos os Beneficiários Titulares ativos e desligados no mês imediatamente anterior, independente da data de admissão ou desligamento, conforme informação da **Contratante**, incluindo todos os seus respectivos Dependentes.
- 14.2.3.** Na falta de informação pela **Contratante** do número total de Beneficiários de forma atualizada, fica a **Intermédica** autorizada a faturar com base nos números relativos ao mês imediatamente anterior, de acordo com o cadastro da **Intermédica**.
- 14.2.4.** Mesmo na hipótese do número de Beneficiários deste Contrato ser reduzido a menos de 50 (cinquenta) vidas, o faturamento será realizado considerando-se o número de 50 (cinquenta) Beneficiários.
- 14.2.5.** 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), mais a atualização 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.
- 14.2.6.** Em caso de atraso no pagamento da contraprestação pecuniária de manutenção, o Beneficiário Titular e seu(s) dependente(s) perderá(ão) direito a todos os benefícios deste Contrato, até que seja paga a contraprestação pecuniária em atraso, com acréscimo de multa de 2% (dois por cento), juros de mora de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, além da atualização monetária de acordo com os índices vigentes, quando cabível na forma da lei vigente à época.

## 15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

A correção da Contraprestação Pecuniária será feita nos termos da Lei 9069/95 e legislação subsequente, de forma automática e com a menor periodicidade legalmente permitida, aplicando-se a variação percentual aplicada no período de apuração do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou outro que o suceda e que seja vigente no momento desta correção, independente da revisão por reajuste por mudança de faixa etária, da sinistralidade, do reajuste financeiro e da revisão técnica, descritos neste instrumento.

## 16. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

- 16.1.** Independentemente das correções, as contraprestações pecuniárias de manutenção serão também reajustadas sempre que, no transcurso da vigência deste contrato, ocorrer mudança de faixa etária e no próprio mês do aniversário do Beneficiário, de acordo com os valores então vigentes.
- 16.2.** 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.
- 16.3.** A variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite e, caso esse fato ocorra no último dia do mês, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber:



PERCENTUAIS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA						
FAIXAS ETÁRIAS	NOMES DOS PLANOS					
	MAX 200	MAX 200 PLUS	MAX 300	MAX 300 PLUS	MAX 400	MAX 400 PLUS
0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19 a 23 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
24 a 28 anos	44,22%	44,22%	44,22%	44,22%	44,22%	44,22%
29 a 33 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
34 a 38 anos	8,95%	8,95%	8,95%	8,95%	8,95%	8,95%
39 a 43 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
44 a 48 anos	55,89%	55,89%	55,89%	55,89%	55,89%	55,89%
49 a 53 anos	48,00%	48,00%	48,00%	48,00%	48,00%	48,00%
54 a 58 anos	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%
59 anos ou +	29,30%	29,30%	29,30%	29,30%	29,30%	29,30%

## 17. REVISÃO POR SINISTRALIDADE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

- 17.1.** Independentemente, e além do disposto no item 16, a contraprestação pecuniária mensal poderá ser recalculada trimestralmente em função da sinistralidade apurada a partir do 6º (sexto) mês de vigência do Contrato.
- 17.1.1.** A primeira apuração ocorrerá no 7º (sétimo) mês e serão ignorados os 3 (três) primeiros meses. Neste caso, o primeiro período de apuração compreenderá o 4º (quarto), 5º (quinto) e 6º (sexto) mês de vigência. A aplicação do resultado da apuração dar-se-á no 8º (oitavo) mês de vigência do Contrato.
- 17.2.** As apurações subseqüentes terão por base o período compreendido entre o último reajuste aplicado e o mês da efetiva análise, desde que este período seja inferior a 12 (doze) meses. Quando o período for superior, será limitado aos últimos 12 (doze) meses de apuração.
- 17.3.** A **Intermédica** apresentará à **Contratante** o cálculo da contraprestação pecuniária mensal estimada em decorrência do resultado da sinistralidade no período, com 30 (trinta) dias de antecedência da aplicação da nova contraprestação pecuniária mensal.
- 17.4.** As contraprestações pecuniárias recalculadas, em razão da sinistralidade, deverão ser pagas automaticamente na fatura do mês seguinte ao da apuração.
- 17.5.** 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 período de apuração.
- 17.6.** Sempre que o índice de sinistralidade verificada ( $I_v$ ) estiver acima de 0,70 (setenta centésimos), as Contraprestações Pecuniárias serão reajustadas por índice apurado pela seguinte fórmula:

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

onde:

$$C_r = \text{Contraprestação Pecuniária Reajustada} \quad I_v = \frac{D_m}{R_l}$$
$$C_v = \text{Contraprestação Pecuniária Vigente}$$

$I_v$  = Índice Sinistralidade Verificada, sendo:

$D_m$  = Total da Despesa Assistencial com atendimentos previstos neste Contrato

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

**17.7.** As partes podem, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos no item 17.6, optar por um aporte financeiro que cubra os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

**17.8.** A aplicação do índice de revisão por sinistralidade será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos termos da legislação vigente.

## 18. REAJUSTE FINANCEIRO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

**18.1.** A Contraprestação Pecuniária mensal será reajustada, sempre no mês de aniversário do Contrato, com base na avaliação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação de Planos Privados de Assistência à Saúde, conforme fórmula descrita a seguir:

$$IR_c = (IV_{cmh} + IE_s)$$

onde:

$IV_{cmh}$  = Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares

$IE_s$  = Índice de Excesso de Sinistralidade

$IR_c$  = Índice de Reajuste da Contraprestação Pecuniária Mensal

**18.1.1.** No reajuste financeiro da Contraprestação Pecuniária será também analisada a variação da composição por sexo e faixa etária da **Contratante**, descrita na ficha de implantação que é parte integrante deste Contrato, no período de análise supracitado.

**18.2.** A apuração dos índices IVCMH e IES será feita utilizando-se as seguintes fórmulas:

### a) Índice de Variação dos Custos Médicos e Hospitalares – $IV_{cmh}$

$$IV_{cmh} = (HM_c \cdot P_1) + (DDA \cdot P_2) + (D_l \cdot P_3) + (MM_g \cdot P_4) + (SAL \cdot P_5) + (DG_a \cdot P_6) + (EXT)$$

onde:

$HM_c$  = variação nos preços dos honorários médicos – consultas

$DDA$  = variação dos preços das demais despesas assistenciais

$D_l$  = variação nos preços das diárias e taxas hospitalares

$MM_g$  = variação nos preços dos medicamentos, materiais hospitalares e gases medicinais

$SAL$  = variação nos salários dos empregados em função de acordos, convenções, dissídios e política salarial oficial

$DG_a$  = índice de reajuste das despesas gerais de administração em função do IGP -DI da Fundação Getúlio Vargas - FGV

$EXT$  = impacto de novos impostos e contribuições sociais incidentes sobre as operações da **Intermédica**

$P_1$  a  $P_6$  = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, com base em apuração dos custos pela **Intermédica**

### b) Índice de Excesso de Sinistralidade – $IE_s$ :

$$IE_s = \left[ \frac{D_i \cdot M_r}{0,70} \right] \cdot 100$$

onde:

$D_i$  = Total de despesas assistenciais incorridas ( $D_i$ ) no período decorrido (12 meses)

$M_r$  = Total de contraprestações pecuniárias recebidas no mesmo período

0,70 = Percentual máximo de despesa assistencial previsto para o Contrato.

**18.3.** A aplicação de todo e qualquer reajuste será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos termos da legislação vigente.

## **19. PRAZO DO CONTRATO**

**19.1.** Este Contrato vigorará pelo prazo explícito de 1 (um) ano, renovado por iguais períodos subseqüentes de 1 (um) ano, desde que não denunciado por qualquer das partes com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento de cada período explícito.

**19.1.1.** Durante o período de denúncia, o número de Beneficiários não poderá ser reduzido, exceto por desligamento de funcionários da Empresa.

**19.2.** A data de início da vigência é a data de assinatura do Contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o Artigo 16, inciso II da Lei nº 9.656/98.

**19.3.** Quando da renovação automática, não caberá cobrança de taxa ou qualquer outro valor no ato da renovação.

## **20. RESCISÃO**

**20.1.** O Contrato poderá ser rescindido nas seguintes situações:

**20.1.1.** Quando a sinistralidade apurada torne inviável a manutenção do Contrato pela **Intermédica** desde que não seja possível a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato por mútuo acordo.

**20.1.2.** No caso de inadimplência pela **Contratante**, pelo não pagamento de qualquer valor devido em razão do presente Contrato, a **Intermédica** poderá suspender a execução dos serviços ou rescindir o presente Contrato, a seu único e exclusivo critério.

**20.1.3.** Quando a **Contratante** ou seu responsável não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações que possam influir na aceitação do Contrato pela **Intermédica**.

**20.2.** A **Contratante** será responsável pelo recolhimento e devolução das Carteiras de Identificação dos Beneficiários nos casos de desligamento dos Beneficiários ou após o cancelamento do Contrato.

**20.3.** A **Contratante** poderá rescindir o presente Contrato de pleno direito observado o prazo de denúncia, disposto do item 19.1. ficando sujeito a multa rescisória de 70% (setenta por cento) das contraprestações vincendas, quando a solicitação ocorrer dentro da primeira vigência.

## **21. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**21.1.** A **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 **Intermédica** por escrito.

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

**21.3.** A **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.

**21.4.** A **Intermédica** poderá recomendar ao Beneficiário uma segunda opinião médica, dentro da Rede Própria ou Credenciada na área de atuação do plano contratado, para os casos em que houver necessidade de uma melhor elucidação diagnóstica.

- 21.5.** 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 **Intermédica**.
- 21.6.** Para planos contributários, custeados integralmente pela **Contratante**, a franquia e a co-participação não serão consideradas contribuições para fins dos benefícios previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.
- 21.7. Departamento de Apoio ao Consumidor (DAC) - a Intermédica** mantém em sua sede, para informações gerais, orientações, esclarecimentos e para solucionar eventuais divergências de qualquer natureza que possam ocorrer referentes aos serviços prestados.
- 21.7.1.** Quando houver divergências, o **DAC** providenciará para que o fato seja esclarecido de imediato, quando possível, ou em até dez dias úteis, quando for necessário apuração através de documentos ou informações que não estejam em poder do Beneficiário ou da **Intermédica**.
- 21.7.1.1. 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.
- 21.7.2.** O **DAC** emitirá um parecer sobre a divergência, buscando tomar as providências necessárias e solucionar o caso em conformidade com o que foi apurado.
- 21.8. Grupo Interno de Defesa do Consumidor (GIDEC)** - Caso necessário, o Beneficiário poderá recorrer por escrito ao GIDEC que se encarregará de avaliar o caso e se pronunciar no prazo máximo de dez dias úteis.
- 21.9.** As custas advocatícias e o valor principal reclamado, de quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato após dirimidas pelo Poder Judiciário, ficarão para a parte vencida que pagará à outra.
- 21.10.** Naquilo que eventualmente colidir com este Contrato, prevalecem 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.



## 22. FORO

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

E, por estarem justas e contratadas as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, perante as testemunhas infra-assinadas, comprometendo-se a guardá-lo e cumpri-lo fielmente.

(LOCAL E DATA) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal da Empresa  
sob Carimbo (CNPJ)

\_\_\_\_\_  
**Intermédica** Sistema de Saúde S.A.

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome:  
R.G.:

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome:  
R.G.: