

## APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos a você nosso **Plano de Assistência à Saúde Intermédica - Individual ou Familiar**.

O **Intermédica** – Individual ou Familiar 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 40 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**. É a **Intermédica** oferecendo soluções personalizadas para você e sua Família.

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

- 1º MPS - Manual de Orientação Para Contratação de Planos de Saúde;
- 2º Proposta de Contratação Individual ou Familiar;
- 3º Folha de Correção;
- 4º Declaração das Condições de Saúde;
- 5º Contrato de Assistência à Saúde Intermédica - Individual ou Familiar.
- 6º Aditivo ao Contrato - Plano Odontológico.

Boa Leitura!

**Intermédica Sistema de Saúde S.A.**

## **ÍNDICE**

### **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - 12.2009.004 – INDIVIDUAL OU FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.**

#### **CAPÍTULO I DEFINIÇÕES 3**

#### **CAPÍTULO II CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.**

1. Do Objeto	9
2. Da Natureza	9
3. Segmentação Assistencial	9
4. Tipo de Contratação	9
5. Beneficiários	9
6. Das Coberturas	10
7. Remoções Inter-Hospitalares Terrestres	18
8. Exclusões	19
9. Planos MAX	20
10. Condições de Admissão	42
11. Perda da Qualidade de Beneficiário	44
12. Carteira de Identificação e Manual de Orientação	45
13. Contraprestação Pecuniária	46
14. Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal	47
15. Reajuste por Mudança de Faixa Etária	47
16. Prazo do Contrato	48
17. Rescisão	48
18. Disposições Gerais	48
19. Foro	50

#### **CAPÍTULO III - ADITAMENTO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 12.2009.004 – PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS - PME NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA. 52**

## 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.

### 4. ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

É o tipo de acomodação hospitalar em apartamento.

### 5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

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

### 6. AGRAVO

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

### 7. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

### 8. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

### 9. BENEFICIÁRIOS

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

**9.1. Beneficiário Titular** – é o indivíduo que mantém vínculo com a Intermédica;

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

- 9.2.1.** O (a) cônjuge do **Beneficiário** Titular;
- 9.2.2.** O (a) companheiro (a) do **Beneficiário** Titular;
- 9.2.3.** 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, ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;
- 9.2.4.** Os (as) tutelados (as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos incompletos, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

## **10. 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.

## **11. CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

É um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que visa orientar o **Beneficiário** sobre preenchimento da declaração de saúde, no momento da assinatura do Contrato.

## **12. 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 oficial com foto, servirá para garantir o atendimento médico e/ou hospitalar a ser realizado pelo prestador de serviço pertencente à Rede Própria ou Credenciada.

## **13. 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.

## **14. 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**.

## **15. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**

É a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, relacionada à doença ou lesão preexistente declaradas.

**16. 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.

**17. 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.

**18. CORPO CLÍNICO**

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

**19. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

**20. DESPESA ASSISTENCIAL**

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

**21. 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.

**22. DOENÇA CONGÊNITA**

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

**23. 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.

**24. DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE**

Doença ou Lesão Preexistente (DLP) são aquelas que o **beneficiário** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, à época da inclusão no plano privado de assistência à saúde.

**25. EMERGÊNCIA**

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

**26. EXCLUSÕES**

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

**27. 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 **Beneficiário**.

**28. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL – GLC e MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS**

Instrumentos destinados a informar ao **Beneficiário** os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.

**29. 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**.

**30. 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**”.

**31. 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.

**32. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA**

É a internação hospitalar cujo principal evento é o cirúrgico.

**33. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA**

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

**34. 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.

**35. LIMITES FINANCEIROS DE REEMBOLSO**

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

- 36. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS**  
Instrumentos destinados a informar ao **Beneficiário** os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compressão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.
- 37. 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.
- 38. PLANO CONTRIBUTÁRIO**  
É aquele em que os **Beneficiários** custeiam a Contraprestação Pecuniária total ou parcialmente.
- 39. PLANO NÃO CONTRIBUTÁRIO**  
É aquele custeado integralmente pela **Contratante**, sem ônus para os **Beneficiários**.
- 40. 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.
- 41. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE**  
São os relacionados no Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 167 de 09/01/2008, publicada no DOU 10/01/2008 e suas atualizações, consistindo nos únicos procedimentos que quando referentes a doenças e lesões preexistentes, poderão ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 720 (setecentos e vinte) dias.
- 42. PROCEDIMENTOS ELETIVOS**  
São aqueles que podem ser programados com antecedência, não se caracterizando como Urgência ou Emergência.
- 43. 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.

**44. REDE CREDENCIADA**

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

**45. 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**.

**46. REDE DA INTERMÉDICA**

É composta pelas Redes Própria e Credenciada.

**47. 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 serviços não credenciados pela **Intermédica**, conforme o plano contratado.

**48. 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.

**49. 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.

**50. URGÊNCIA**

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

**51. 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 INDIVIDUAL OU FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

*Este Contrato encontra-se devidamente registrado no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo, sob o n.º 4995188.*

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 Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 359017, classificada como medicina de grupo, neste ato, representada por seus Diretores, aqui denominada **Intermédica** e, de outro lado, o Proponente inscrito no Contrato, devidamente qualificado na Proposta de Adesão, aqui denominado **Beneficiário Titular**, têm entre si, justo e convencionado, o que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

### 1. DO OBJETO

É compromisso da **Intermédica** garantir a prestação continuada de serviços de assistência à saúde, ao **Beneficiário Titular**, bem como a seus Dependentes regularmente inscritos no plano, aqui denominados **Beneficiários**, conforme previsto no inciso I do Artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica Hospitalar, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

### 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** a ele vinculados 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

Individual ou Familiar.

### 5. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas naturais e seus respectivos dependentes, que forem incluídas no Contrato, sendo classificadas como:

**5.1. Beneficiário Titular** – é o indivíduo que mantém vínculo com a **Intermédica**.

**5.1.1** A Contratação poderá ser feita pelo proponente que assume todas as responsabilidades, inclusive pelas declarações prestadas e pagamento das contraprestações pecuniárias. No caso do proponente não vir a ser o **Beneficiário Titular**, contratando o plano para outrem, o mesmo se transformará no Responsável Econômico-Financeiro pelo 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**, como tal designado(a) por escrito na forma da lei Orgânica da Previdência Social;

**5.2.3** O (a) companheiro(a) do **Beneficiário Titular**, na forma da Lei n.º 9.278/96 (União estável em Vigor);

**5.2.4.** Os(as) filhos(as), naturais ou adotivos(as), inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente de qualquer idade, solteiros(as), até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos quando universitários;

**5.2.5.** Os(as) tutelados(as) e os menores sob guarda até 21 (vinte e um) anos incompletos.

**5.3.** Para a inclusão de dependentes, será obrigatório, além dos documentos comprobatórios de dependência, declaração de saúde, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente e/ou **Responsável Econômico Financeiro**.

## **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 167 de 09/01/2008, publicada no DOU de 10/01/2008 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 médicos, inclusive nos casos de urgência e emergência 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 apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, e desde que não se caracterize como internação.

6.2.2.2. A **Intermédica** garantirá a cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no anexo I, da RN nº 167 de 09/01/2008, publicada no DOU de 10/01/2008, em número ilimitado de sessões por ano que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

6.2.2.3. A autorização prévia a realização de serviços de diagnose e terapia pode ser emitida pela rede própria ou credenciada da **Intermédica**.

### 6.2.3. Cirurgias Ambulatoriais

As cirurgias ambulatoriais menores, passíveis de serem realizadas com anestesia local, bloqueio ou sedação, incluindo cirurgias oftalmológicas. 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. O 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, a cobertura será limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.
- 6.2.4.3. Os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do **Beneficiário** até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções (Art. 3º Res. CONSU 13/98). Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carências, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para 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 **Beneficiários** ainda cumprindo período de carência, a **Intermédica** deverá garantir a 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 **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro**, não cabendo ônus à **Intermédica**.
- 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 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 como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a 12 (doze) sessões por ano de Contrato, **não cumulativas**.

- 6.2.5.3. Tratamento básico, aquele prestado por médico, com numero ilimitado de consultas, coberturas de serviços de apoio diagnósticos, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

## 6.3 Cobertura Hospitalar

### 6.3.1. Internações hospitalares

Cobertura de internações hospitalares cirúrgicos ou obstétricos, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, nos planos com cobertura obstétrica;

#### 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 incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
  - 6.3.1.1.8.4. Hemoterapia;
  - 6.3.1.1.8.5. Nutrição parenteral ou enteral;
  - 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, córnea e medula óssea autólogo, exceto medicação de manutenção;

- 6.3.1.1.8.11. A cobertura de despesas de acompanhante (alimentação e acomodação), no caso de **Beneficiários** menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
- 6.3.1.1.9. Quando o **Beneficiário** optar por acomodação superior a do seu plano arcará com o pagamento das diferenças de custos médicos 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 durante o prazo em que não estiver disponível a acomodação prevista pelo plano contratado.

### **6.3.2. Honorários Médicos, clínicos ou cirúrgicos**

Serão cobertas as despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, dos profissionais pertencentes à rede Própria ou Credenciada da **Intermédica**, referentes aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados em decorrência de assistência médica (artigo 12, II, alínea “c”, da Lei 9.656/1998);

### **6.3.3. Cirurgias Odontológicas**

- 6.3.3.1. A **Intermédica** garantirá a cobertura da estrutura cirúrgica odontológica buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia - CRO, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.
- 6.3.3.2. A **Intermédica** garantirá a cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial realizada por profissional devidamente habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia -CRO, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação durante o período de internação 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-infrigidadas.

6.3.4.1. Terão também direitos ao custo integral de:

6.3.4.1.1. Internações hospitalares, com custeio integral pela Intermédica, limitada a 30 (trinta) dias de internação, por ano de Contrato, **não cumulativos**, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Além da cobertura prevista neste item, o **Beneficiário** poderá dispor de até 08 (oito) semanas de tratamento em regime de hospital-dia por ano de vigência de Contrato, **não cumulativos**.

6.3.4.1.1.1. A cobertura para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, garantir a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por 180 (cento e oitenta) dias por ano, contínuos ou não, por ano de vigência do Contrato, **não cumulativos**.

6.3.4.1.1.2. Estará garantido o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de Contrato, **não cumulativos**, em hospital geral, para **Beneficiários** portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

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 em que o **Beneficiário** exceder os limites de 15 dias e 30 dias de internação, conforme descrito acima, referente aos casos de transtornos psiquiátricos, os mesmos terão direito à continuidade do tratamento, mediante ao pagamento de co-participação das coberturas (dias) excedentes em psiquiatria, dos valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares, conforme quadro a seguir:

EVENTO	% DE CO-PARTICIPAÇÃO
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.
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. Ficará garantida aos **Beneficiários**, a assistência aos procedimentos hospitalares em hospital-dia, em sua rede de prestadores credenciados, desde que respeitados os critérios para internação de **Beneficiários** neste regime, definidos pelo médico assistente que segue:

- 6.3.4.1.4.1. **Beneficiários** que necessitem ser submetido a procedimentos diagnósticos que requeiram período de preparação e/ou observação médica posterior;
- 6.3.4.1.4.2. **Beneficiários** submetidos a procedimentos terapêuticos, inclusive medicação parenteral, que requeiram exame e/ou preparação e/ou observação posterior;
- 6.3.4.1.4.3. **Beneficiários** que necessitem de treinamento especializado para aplicação de procedimento terapêutica e/ou de manutenção ou uso de equipamentos especiais.

### **6.3.5. Transplantes de rim, córnea e medula óssea autólogo**

- 6.3.5.1. Estão cobertas as despesas com os procedimentos médicos relacionados aos transplantes de rim, córnea e medula óssea autólogo, listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes à época incluindo:
  - 6.3.5.1.1. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;
  - 6.3.5.1.2. Despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo as despesas assistenciais com doadores vivos;
  - 6.3.5.1.3. Medicamentos utilizados durante a internação;
  - 6.3.5.1.4. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;
  - 6.3.5.1.5. Despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS (artigo 2º e parágrafos da resolução CONSU 12/1998);
  - 6.3.5.1.6. O valor do pagamento das despesas acima citadas e as normas de transplantes seguem a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, que prevê que candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverá obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, sujeitando-se ao critério de fila única de espera e seleção.

### **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 utilização de técnica de tratamento de câncer.

## 6.4. Cobertura Obstétrica

### 6.4.1. Gravidez e parto

- 6.4.1.1. A **Intermédica** garantirá à beneficiária a cobertura de todos os procedimentos na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto garantindo :
- 6.4.1.1.1. Um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
  - 6.4.1.1.2. Assistência pré-natal: compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;
  - 6.4.1.1.3. Assistência ao parto: normal ou patológico (cesárea ou fórceps), por equipe especializada, em hospital e maternidade da Rede Própria ou Credenciada;
  - 6.4.1.1.4. Puerpério: nos Centros Clínicos próprios ou consultórios credenciados da Intermédica;
  - 6.4.1.1.5. Assistência neonatal: os recém-nascidos terão direito à assistência dada pelos pediatras nos berçários do hospital ou maternidade;
  - 6.4.1.1.6. 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 dependente durante os primeiros trinta dias após o parto ou adoção, sendo vedada qualquer alegação de Doenças ou Lesões Pré-existentes - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

## 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 **Beneficiário** 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 ou Cobertura Parcial Temporária - CPT:
- 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 **Beneficiário** 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 **Beneficiário** e/ou familiares optem pela remoção do **Beneficiário**, 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 **Beneficiário** 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 **Beneficiário** e encontrando-se este em período de carência ou cobertura parcial temporária, o **Beneficiário** e seus familiares ou a **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** 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

- 8.1. As moléstias, os procedimentos e os demais itens abaixo relacionados, por serem exclusões contratuais autorizadas pela Lei nº 9.656/98, não são cobertos por este Contrato, a saber:**
- 8.1.1. Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos (Anexo I da Resolução - RN Nº 167 - ANS, ou outra que vier a substituí-la / complementá-la);**
- 8.1.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- 8.1.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- 8.1.4. Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética (exceto para o tratamento de obesidade mórbida, como tal entendida aquela prejudicial à saúde, sob o ponto de vista médico, que a comete Beneficiário cujo o resultado da divisão do seu peso pelo o quadrado da sua altura seja superior a quarenta - Índice de Massa Corpórea - IMC);**

- 8.1.5. Fornecimento de medicamentos, produtos e materiais importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde ou ANVISA;**
- 8.1.6. Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- 8.1.7. Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- 8.1.8. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- 8.1.9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 8.1.10. Sonoterapia e medicina ortomolecular;**
- 8.1.11. Tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- 8.1.12. Transplantes, à exceção de rim, córnea e medula óssea autólogo de acordo com as diretrizes previstas no Rol de procedimentos e Eventos de saúde da RN 167/08;**
- 8.1.13. Qualquer procedimento odontológico, com exceção dos previstos neste Contrato;**
- 8.1.14. Consultas, fornecimento de medicamentos, produtos, materiais e quaisquer tipos de tratamentos domiciliares, inclusive home care;**
- 8.1.15. Vacinas, necrópsias, cirurgias fetais, internações e cirurgias para mudanças de sexo e inseminação artificial;**
- 8.1.16. 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;**
- 8.1.17. Aluguel de qualquer equipamento ou aparelho para assistência médica domiciliar;**

- 8.1.18. Qualquer tipo de remoção não prevista nesse Contrato, ou fora da área de atuação de abrangência geográfica do plano;**
- 8.1.19. 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 ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;
- 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 250:**

- 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 ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;
  - 9.1.2.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 250**;
  - 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 COLETIVA (Quartos não privativos de até três leitos).
- 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 solicitado, por médico da rede própria ou credenciada da **Intermédica** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;
  - 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 ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;
  - 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 350:**

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 ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;

9.1.5.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 350**;

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 350 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 ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;

9.1.6.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 350 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).

**9.1.7. MAX 400:**

- 9.1.7.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;
- 9.1.7.2. 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 ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;
- 9.1.7.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 400**;
- 9.1.7.4. 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).

**9.1.8. MAX 400 PLUS:**

- 9.1.8.1. Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;
- 9.1.8.2. 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 ou pelo Departamento de Internação da **Intermédica**;
- 9.1.8.3. Rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano **MAX 400 PLUS**;
- 9.1.8.4. 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
456.103/07-1	MAX 200	COLETIVA	NÃO
457.320/08-0	MAX 250	COLETIVA	
456.022/07-1	MAX 300	COLETIVA	
456.087/07-6	MAX 300 PLUS	INDIVIDUAL	
457.299/08-8	MAX 350	COLETIVA	
457.306/08-4	MAX 350 PLUS	INDIVIDUAL	
456.085/07-0	MAX 400	COLETIVA	
456.084/07-1	MAX 400 PLUS	INDIVIDUAL	
456.104/07-0	MAX I 200	COLETIVA	
457.321/08-8	MAX I 250	COLETIVA	
456.106/07-6	MAX I 300	COLETIVA	
456.107/07-4	MAX I 300 PLUS	INDIVIDUAL	
457.300/08-5	MAX I 350	COLETIVA	
457.307/08-2	MAX I 350 PLUS	INDIVIDUAL	
456.108/07-2	MAX I 400	COLETIVA	
456.109/07-1	MAX I 400 PLUS	INDIVIDUAL	

### 9.2.2. Procedimentos com co-participação

9.2.2.1. Será devido pela **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** 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 250	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 350	6,00	Isento	10,00	2,00	5,00	Isento
MAX I 350 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

9.2.2.2. Será garantida a isenção da consulta de retorno, desde que realizada pelo mesmo especialista, no período de 30 (trinta) dias da última consulta.

- 9.2.2.3. O valor máximo de co-participação será de acordo com a legislação vigente à época da contratação.
- 9.2.2.4. Os valores de co-participação sofrerão reajustes vinculados à periodicidade e índices divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

### 9.3. Carências

- 9.3.1. Serão observados os seguintes prazos de carência a contar da data de assinatura do Contrato ou da assinatura da Proposta de Contratação ou do primeiro pagamento:

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 itens 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

### 9.4. Cobertura parcial temporária

- 9.4.1. As Doenças ou Lesões Pré-existentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos de assistência à saúde.
- 9.4.2. A Cobertura Parcial Temporária é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de Alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declarada.
- 9.4.3. Aos **Beneficiários** fica garantido o oferecimento da Cobertura Parcial Temporária, sendo facultada à **Intermédica** o oferecimento de agravo como opção a CPT.

- 9.4.4.** O **Beneficiário** deverá ler atentamente a Carta de Orientação ao Consumidor onde conterá todas as explicações referentes à doença e/ou lesões pré-existente e suas conseqüências numa suposta omissão. Após a leitura e assinatura deste documento o mesmo estará preenchendo a declaração de saúde que conterá de forma clara e fácil entendimento perguntas sobre patologias clínicas.
- 9.4.5.** Para efeito de aplicação de Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Pré-existentes, onde a cobertura ficará suspensa por um período máximo de 720 dias para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão pré-existente, a inscrição do **Beneficiário** em qualquer dos planos será precedida pelo preenchimento do documento de Declaração de Saúde que consiste de formulário onde são registradas as informações sobre as doenças ou lesões que o beneficiário ilegível seja portador, e das quais tem conhecimento no momento da contratação, com relação a si e seus **Beneficiários** dependentes integrantes do seu Contrato nos termos das Resoluções n°s 2 de 03/11/1998 e 17 de 23/03/1999 do CONSU.
- 9.4.6.** O proponente realizará entrevista qualificada acompanhada de um médico orientador escolhido dentre os profissionais da rede credenciada, sem custo, na forma do art. 3º, §1º da Res. CONSU 02/98 ou um médico de livre escolha do **Beneficiário**, desde que assuma o ônus desta entrevista, para orientação no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 9.4.7.** Verificada pela **Intermédica** a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada pelo **Beneficiário** ou proponente por ocasião da contratação, a **Intermédica** comunicará imediatamente ao beneficiário. Caso não concorde com esta alegação, a **Intermédica** encaminhará documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após a entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela ANS, o **Beneficiário** deverá remeter documentação necessária para a instrução do processo. Após o julgamento e acolhida à alegação da **Intermédica** pela ANS, o **Beneficiário** deverá efetuar à **Intermédica** o pagamento das despesas realizadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data em que a **Intermédica** comunicou ao **Beneficiário** acerca da existência da doença ou lesão pré-existente não declarada por ocasião da contratação.
- 9.4.8.** Uma vez realizada a perícia no ato da contratação, não caberá a **Intermédica** a alegação de Doenças e Lesões Pré-existentes - DLP.
- 9.4.9.** Caberá exclusivamente ao consumidor, decidir sobre a Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Pré-existentes, e sua opção deverá constar de forma clara e expressa na proposta.

**9.4.10.** A Intermédica tem o prazo de 24 meses para comprovar a DLP eventualmente omitida pelo Beneficiário nos termos da Resolução Normativa nº 162/08 .

**9.4.11** Não haverá a suspensão do Contrato sob qualquer alegação. A negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde - ANS do encerramento do processo administrativo.

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

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

**9.5.2.** O quadro abaixo refere-se ao conjunto de municípios onde a Intermédica disponibiliza seus planos de assistência médica (área de atuação), ficando a critério da Contratante a contratação dos municípios nos quais os Beneficiários terão direito ao atendimento (abrangência geográfica), conforme pactuado na Proposta de Contratação.

ÁREA DE ATUAÇÃO		
UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
Alagoas	200 e 250	O município de: Maceió (capital).
	300	Os municípios de: Maceió (capital), São Miguel dos Campos.
	350 e 400	Os municípios de: Arapiraca, Maceió, Palmeira dos Índios, Penedo, Santana do Ipanema e São Miguel dos Campos.
Bahia	200 e 250	Os municípios de: Camaçari, Lauro de Freitas, Salvador (capital).
	300	Os municípios de: Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Juazeiro, Lauro de Freitas, Mata de São João, Salvador (capital), Simões Filho.
	350	Os municípios de: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Caetité, 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, Pojuca, Porto Seguro, Salvador (capital), Santa Cruz Cabralia, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Sebastião do Passé, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vera Cruz, Vitória da Conquista.

	ÁREA DE ATUAÇÃO		
	UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
PLANOS MAX	Bahia	400	Os municípios de: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Caetité, 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, Pojuca, Porto Seguro, Salvador (capital), Santa Cruz Cabralia, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Sebastião do Passé, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vera Cruz, Vitória da Conquista.
	Ceará	200, 250 e 300	Os municípios de: Caucaia, Fortaleza (capital) e Maracanaú.
		350 e 400	Os municípios de: Aracati, Barbalha, Baturité, Caucaia, Crato, Fortaleza (capital), Iguatu, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Paracuru, Redenção, Russas, Senador Pompeu, Sobral e Tauã.
	Distrito Federal	200, 250, 300, 350 e 400	O município de: Brasília.
	Goiás	200, 250, 300, 350 e 400	Os municípios de: Formosa e Luziânia.
	Mato Grosso do Sul	200, 250, 300, 350 e 400	O município de: Campo Grande.
	Maranhão	200 e 250	O município de: São Luís (capital).
		300	Os municípios de: Açailândia, Buriticupu, Imperatriz, Raposa, Santa Inês, São Luís (capital).
		350 e 400	Os municípios de: Açailândia, Buriticupu, Caxias, Imperatriz, Raposa, Santa Inês, São Luís (capital).
	Minas Gerais	200 e 250	Os municípios de: Araguari, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima, Sabará, Santa Luzia, Tupaciguara, Uberlândia, Vespasiano.
300 e 350		Os municípios de: Araguari, Araxá, Belo Horizonte, Betim, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Ouro Branco, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Sete Lagoas, Vespasiano, Tupaciguara, Uberaba e Uberlândia.	
400		Os municípios de: Belo Horizonte, Betim, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Ouro Branco, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Sete Lagoas, Vespasiano, Araguari, Araxá, Tupaciguara, Uberaba, Uberlândia, Juiz de Fora.	

ÁREA DE ATUAÇÃO		
UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
Pará	300, 350 e 400	Os municípios de: Ananindeua, Belém (capital), Canaã dos Carajás, Marabá, Paragominas e Parauapebas.
Paraíba	200 e 250	O município de: João Pessoa (capital).
	300, 350 e 400	Os municípios de: Cabedelo, Campina Grande, João Pessoa (capital).
Pernambuco	200 e 250	Os municípios de: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife (capital).
	300	Os municípios de: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Carpina, Caruaru, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife (capital) e Vitória de Santo Antão.
	350 e 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 (capital), Serra Talhada, Vitória de Santo Antão.
Piauí	300, 350 e 400	O município de: Teresina (capital).
Rio de Janeiro	200 e 250	Os municípios de: Duque de Caxias, Rio de Janeiro e São Gonçalo.
	300 e 350	Os municípios de: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro (capital), São Gonçalo e São João do Mereti.
	400	Os municípios de: Angra dos Reis, Araruama, Barra do Piraí, Barra Mansa, Belford Roxo, Bom Jesus de Itabapoana, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Engenheiro Paulo de Frontin, Itaboraí, Itaguaí, Itaperuna, Macaé, Magé, Mesquita, Miguel Pereira, Nilópolis, Niteroi, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro (capital), Santo Antonio de Pádua, São Gonçalo, São João do Mereti, Teresópolis, Três Rios, Vassouras e Volta Redonda.
Rio Grande do Norte	200 e 250	Os municípios de: Natal (capital), Parnamirim, São Gonçalo do Amarante.
	300	Os municípios de: Açu, Alto do Rodrigues, Guamaré, Mossoró, Natal (capital), Parnamirim, São Gonçalo do Amarante.
	350 e 400	Os municípios de: Açu, Alto dos Rodrigues, Caicó, Currais Novos, Guamaré, Macau, Mossoró, Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante.

PLANOS MAX

ÁREA DE ATUAÇÃO		
UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
São Paulo	200	Os municípios de: Barueri, Cabreúva, Caieiras, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Guarujá, Guarulhos, Itapevi, Itu, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mauá, Osasco, Praia Grande, Ribeirão Pires, Santana de Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo (capital), São Vicente, Sorocaba, Taboão da Serra, Tatuí, Várzea Paulista, Vinhedo, Votorantim.
	250	Os municípios de: Arujá, Barueri, Cabreúva, Caieiras, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guarujá, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itatiba, Itu, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Praia Grande, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salto de Pirapora, Santana de Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo (capital), São Vicente, Sorocaba, Suzano, Taboão da Serra, Tatuí, Várzea Paulista, Vinhedo, e Votorantim.
	300	Os municípios de: Arujá, Barueri, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeçerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo (capital), Suzano, Taboão da Serra, Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente, Cabreúva, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista, Vinhedo, Araçoiaba da Serra, Boituva, Ibiúna, Iperó, Itapetininga, Itu, Mairinque, Piedade, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tatuí, Votorantim, Agudos, Apiaí, Assis, Bauru, Botucatu, Capão Bonito, Cerqueira César, Iguape, Itapeva, Jaú, Presidente Prudente, Registro, Aparecida, Campos do Jordão, Caraguatatuba, Cruzeiro, Guaratinguetá, Lorena, São João da Boa Vista, São Sebastião, Serra Negra, Ubatuba, Barretos, Batatais, Birigui, Estrela d'Oeste, Franca, Guará, Jales, Oswaldo Cruz e Penápolis.

PLANOS MAX

ÁREA DE ATUAÇÃO		
UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
São Paulo	350	Os municípios de: Arujá, Barueri, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo (capital), Suzano, Taboão da Serra, Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente, Amparo, Cabreúva, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itapira, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mogi-Mirim, Várzea Paulista, Vinhedo, Atibaia, Bragança Paulista, Araçoiaba da Serra, Boituva, Ibiúna, Iperó, Itapetininga, Itu, Mairinque, Piedade, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tatuí, Votorantim, Agudos, Apiaí, Assis, Bauru, Botucatu, Capão Bonito, Cerqueira César, Iguape, Itapeva, Jaú, Presidente Prudente, Registro, Aparecida, Campos do Jordão, Caraguatatuba, Cruzeiro, Guaratinguetá, Lorena, São João da Boa Vista, São Sebastião, Serra Negra, Ubatuba, Barretos, Batatais, Birigui, Estrela d'Oeste, Franca, Guará, Jales, Oswaldo Cruz e Penápolis.

PLANOS MAX

PLANOS MAX	ÁREA DE ATUAÇÃO		
	UF	PLANOS	MUNICÍPIOS
PLANOS MAX	São Paulo	400	Os municípios de: Arujá, Barueri, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo (capital), Suzano, Taboão da Serra, Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente, Amparo, Cabreúva, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itapira, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mogi-Mirim, Várzea Paulista, Vinhedo, Atibaia, Bragança Paulista, Mairiporã, Araçoiaba da Serra, Boituva, Ibiúna, Indaiatuba, Iperó, Itapetininga, Itu, Mairinque, Piedade, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tatuí, Votorantim, Agudos, Apiaí, Assis, Bauru, Botucatu, Capão Bonito, Cerqueira César, Iguape, Itapeva, Jaú, Presidente Prudente, Registro, Aparecida, Campos do Jordão, Caraguatatuba, Cruzeiro, Guaratinguetá, Lorena, São João da Boa Vista, São Sebastião, Serra Negra, Ubatuba, Barretos, Batatais, Birigui, Estrela d'Oeste, Franca, Guará, Jales, Oswaldo Cruz e Penápolis
	Santa Catarina	300,350 e 400	Os Municípios de: Florianópolis (capital) e São José
	Sergipe	200 e 250 300, 350 e 400	O município de: Aracaju (capital). Os municípios de: Aracaju (capital), Carmópolis, Itabaiana e Lagarto.

9.5.1.1. A abrangência geográfica estará expressa na proposta de adesão.

## 9.6. Gerenciamento de ações de saúde

### 9.6.1. Locais de atendimento

9.6.1.1. 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.

9.6.1.2. 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.
- 9.6.1.3. 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.
- 9.6.1.4. 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.
- 9.6.1.5. O Manual de Orientação do plano define o(s) Grupo(s) de Município(s) disponibilizado(s), e de acordo com a Proposta de Contratação, relaciona os locais de atendimento.
- 9.6.1.6. 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.
- 9.6.1.7. 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**.
- 9.6.1.8. 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**.
- 9.6.1.9. 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).

## 9.6.2 CAMO – Central de Atendimento Médico-Operacional 24 horas (Aconselhamento Médico por telefone) e SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas

- 9.6.2.1. A CAMO - Central de Atendimento Médico-Operacional da **Intermédica** opera 24 horas ininterruptas com suporte médico, de forma permanente, de domingo a domingo. É composta por uma equipe de profissionais que 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**.
- 9.6.2.2. Através do programa de Aconselhamento Médico, os profissionais esclarecem dúvidas, avaliam as necessidades do **Beneficiário**, procedem às internações, providenciam remoções, com suporte de protocolos e software desenvolvidos para tal fim.
- 9.6.2.3. A CAMO - Central de Atendimento Médico-Operacional também está apta para o fornecimento de informações específicas dos planos de saúde (indicação de rede de prestadores próprios ou credenciados para atendimento, autorizações, cobertura contratual, solicitações de segunda via de boletos, carteirinhas e demais serviços).
- 9.6.2.4. O SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente da **Intermédica** opera 24 horas ininterruptas, de domingo a domingo, inclusive com atendimento exclusivo para deficientes auditivos ou de fala, para recebimento de reclamações, sugestões e elogios, fornecimento de informações sobre cancelamento e informações genéricas e institucionais acerca dos planos de saúde dos **Beneficiários**.

## 9.6.3. Mecanismos de regulação

- 9.6.3.1. 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.
- 9.6.3.2. 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**.
- 9.6.3.2.1. 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.
- 9.6.3.2.2. Não havendo consenso do médico desempatador, ele será nomeado a pedido das partes por representante de entidade médica reconhecida.

- 9.6.3.3. Será obrigatória a solicitação de autorização prévia para internações clínicas e cirúrgicas eletivas, pequenas cirurgias e realização de exames e terapias.
- 9.6.3.3.1. Os serviços autorizados deverão ser realizados nos locais definidos no manual de orientação e conforme plano contratado.
- 9.6.3.3.2. A autorização prévia será concedida no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência (Art. 4º IV, da Resolução CONSU n.º 08/98).
- 9.6.3.4. Nos casos de solicitação de procedimentos feita por profissional médico não pertencente à rede credenciada, poderá ser autorizada, desde que o pedido seja analisado pelo Departamento Médico da **Intermédica**.
- 9.6.3.5. 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.
- 9.6.3.6. Nos planos **MAX 200**, 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.
- 9.6.3.7. Nos Planos **MAX 300, MAX 300 PLUS, MAX 350, MAX 350 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**.
- 9.6.3.8. No caso de internações hospitalares em procedimentos eletivos, o relatório médico para solicitação de autorização deverá ser apresentado à **Intermédica** com pelo menos 01 (um) dia útil de antecedência da data do atendimento ou internação hospitalar.

## 9.7. Reembolso para atendimentos de urgência ou emergência

### 9.7.1. Limites financeiros de reembolso

- 9.7.1.1. Os **Beneficiários** nos planos **MAX 200, MAX 250, MAX 300, MAX 300 PLUS, MAX 350, MAX 350 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 **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** 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:

<b>MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA</b>		
<b>TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO</b>		<b>MÚLTIPLOS</b>
<b>COBERTURAS HOSPITALARES E DIÁRIAS</b>	Diárias e taxas hospitalares	1 x TM-I
	Serviços auxiliares de diagnose e terapias	1 x TM-I
	Honorários médicos	1 x TM-I
<b>COBERTURAS AMBULATORIAIS E TAXAS</b>	Consultas médicas	1 x TM-I
	Exames	1 x TM-I
	Terapias	1 x TM-I

9.7.1.2. 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.

## **9.7.2. Solicitação de reembolso**

9.7.2.1. 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:

9.7.2.1.1. 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**.

- 9.7.2.1.2. 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 **Beneficiário Titular**, no mês subsequente, acompanhado da documentação comprobatória da cobrança.
- 9.7.2.2. O **Beneficiário**, para obtenção do reembolso previsto no item anterior, deverá obedecer aos seguintes requisitos:
- 9.7.2.2.1. 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.
- 9.7.2.2.2. O Reembolso será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias corridos, a partir da data de entrega pelo **Beneficiário** da documentação completa exigida, para:
- 9.7.2.3. **Consultas médicas** - Os recibos, em impresso próprio do prestador, ou notas fiscais originais e quitadas devem conter as seguintes especificações:
- 9.7.2.3.1. Nome completo do **Beneficiário** atendido;
- 9.7.2.3.2. Local e data da realização da consulta;
- 9.7.2.3.3. Nome completo do médico (quando pessoa natural) com número de CPF ou razão social da Clínica com o número do CNPJ, endereço completo e telefone;
- 9.7.2.3.4. Especialidade médica, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico;
- 9.7.2.3.5. Diagnóstico: CID 10, desde que autorizado pelo **Beneficiário**.
- 9.7.2.4. **Exames complementares e tratamentos ambulatoriais** – Os recibos, em impresso próprio do prestador, ou notas fiscais originais e quitados devem conter as seguintes especificações:

- 9.7.2.4.1. Nome completo do **Beneficiário** atendido;
  - 9.7.2.4.2. Local e data da realização de cada exame ou tratamento;
  - 9.7.2.4.3. 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;
  - 9.7.2.4.4. Razão social do laboratório, clínica ou serviço utilizado, endereço completo e telefone, com o número do CNPJ e assinatura do responsável;
  - 9.7.2.4.5. 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;
  - 9.7.2.4.6. 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:
    - 9.7.2.4.6.1. Nome completo do **Beneficiário** atendido;
    - 9.7.2.4.6.2. Hipótese diagnóstica que motivou a solicitação do exame; CID 10, desde que autorizado pelo **Beneficiário**;
    - 9.7.2.4.6.3. Data da elaboração do pedido médico;
    - 9.7.2.4.6.4. Carimbo com nome completo do médico, nº do CRM, especialidade e assinatura;
    - 9.7.2.4.6.5. Endereço e telefone para contato com o médico assistente, caso necessário.
- 9.7.2.5. Internações ou procedimentos hospitalares** - Os recibos, em impresso próprio do prestador ou notas fiscais originais e quitados deverão especificar:
- 9.7.2.5.1. Nome completo do **Beneficiário** atendido;
  - 9.7.2.5.2. Local, data e horário da internação ou atendimento hospitalar e da comprovada alta hospitalar;
  - 9.7.2.5.3. Conta hospitalar em via original e quitada, discriminada com o valor unitário de cada item de despesa e tipo específico de procedimentos realizados;

- 9.7.2.5.4. Razão social do hospital e número do CNPJ;
- 9.7.2.5.5. 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.
- 9.7.2.5.6. Relatório de alta hospitalar, devidamente preenchido pelo médico assistente do caso, com os dados solicitados no impresso próprio da **Intermédica**.
- 9.7.2.5.7. Quando houver a extirpação de órgãos, tumores ou lesões, deverá ser anexado o laudo do exame anátomo-patológico.
- 9.7.2.5.8. 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.
- 9.7.2.5.9. Após a análise administrativa, de direitos contratuais, de avaliação técnica e de valores descontados as eventuais divergências, o reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias da entrega à **Intermédica** da documentação completa descrita no item anterior.
- 9.7.2.6.0. Excepcionalmente nos casos em que o **Beneficiário** (titular e/ou dependente), não solicitar o reembolso, ficará facultado a este, o direito de pleitear o reembolso à **Intermédica**, dentro do limite pré-estabelecido de no máximo 01(um) ano referente ao prazo de prescrição constantes na lei vigente, sendo resguardado à **Intermédica**, nestes casos o pagamento das despesas em até 30 (trinta) dias após a entrega e conferência da documentação (lei n.º 10.406 art. 205 C.C)

### 9.7.3. Cálculo dos reembolsos

9.7.3.1. 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:

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

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 9.7.3.1.

9.7.3.2. 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).

### 9.7.4. Reajuste USI

9.7.4.1. O valor inicial da USI estabelecido pela **Intermédica** na data de início do Contrato será utilizado para os cálculos dos limites de reembolso.

9.7.4.2. 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.

### 9.7.5. Pagamento do reembolso

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

9.7.5.2. 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. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1. O Proponente, bem como seus **Beneficiários** dependentes, ficam obrigados a informar à **Intermédica**, através do preenchimento de formulário próprio denominado “Declaração de Saúde”, a condição sabida de doença ou lesão pré-existente, previamente à assinatura do Contrato, sob pena de imputação

de fraude, sujeita à suspensão ou rescisão do Contrato, conforme disposto no inciso II, parágrafo único do artigo n.º 13 da lei 9656/98, preenchimento este através de entrevista qualificada nos termos da Resolução CONSU n.º 2, datada de 03/11/98.

- 10.2.** O resultado da entrevista qualificada classificará àqueles a ela submetido (os) como portador (es) ou não de doença ou lesão preexistente, gerando direitos e obrigações.
- 10.3.** A proposta de adesão terá validade a partir da sua assinatura e pagamento da inscrição e da primeira contraprestação pecuniária de manutenção.
- 10.4.** O proponente que não tenha se utilizado dos serviços ora contratados, poderá manifestar sua intenção de desistência, no prazo legal de 7 (sete) dias, conforme previsto no artigo n.º 49 da Lei n.º 8.078/91.

10.4.1 Nos casos de desistência, citado no subitem anterior, a **Intermédica** obriga-se a devolver os valores efetivamente pagos pelo Proponente, em no máximo até 5 (cinco) dias úteis após a comunicação da desistência.

- 10.5.** Fica assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **Beneficiário**, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção. Após este período o mesmo aproveitará os períodos de carência já cumpridos pelo **Beneficiário Titular**.
- 10.6.** O filho adotivo do **Beneficiário Titular**, menor de 12 (doze) anos de idade, se inscrito até 30 (trinta) dias após a concessão da adoção, aproveitará os períodos de carência já cumpridos pelo **Beneficiário**. Após este prazo, a inclusão somente será feita nos termos do item 9.3.

#### **10.7. Comprovação do vínculo**

**10.7.1.** A **Intermédica** exigirá do Proponente, no momento da inclusão, documentação comprobatória e em especial, documentação que comprove o seu vínculo com o dependente, conforme a seguir:

**10.7.1.1. Beneficiário Titular:** com idade superior a 18 anos, Cópia de Registro Geral (R.G.); Cópia do C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física), com idade inferior a 18 anos, somente poderão ser **Beneficiários** do presente Contrato quando tiverem um responsável maior de idade, como **Responsável Econômico-Financeiro**, podendo este ser ou não **Beneficiário** neste Contrato;

**10.7.1.2. Beneficiário dependente:** Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, Escritura Pública de Declaração de União Estável registrada em Cartório, ou Termos de Tutela e Guarda, ou para os filhos inválidos de qualquer idade, apresentação do laudo médico comprobatório recente da incapacidade permanente, ou documento oficial com foto, ou a Declaração da Faculdade para filhos universitários;

**10.7.1.3.** Documentos comprobatórios de todas as informações exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme legislação vigente.

**10.7.2. Não será aceita a inclusão de novos Dependentes que não tenham a elegibilidade prevista nos itens anteriores e/ou que não apresentem documentação comprobatória de vínculo com o Beneficiário titular.**

**10.7.3.** O **Beneficiário** assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais de seus Dependentes, exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que eventualmente venham a aderir ao plano, as quais tornar-se-ão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

**10.7.4.** O plano dos Dependentes será sempre igual ao do **Beneficiário Titular**.

**10.7.5.** Após assinatura do Contrato, somente poderão ser incluídos novos Dependentes (conjuge, companheiro (a)) mediante o cumprimento das carências previstas no item 9.3.

## **10.8. Transferência de planos**

Entende-se por transferência a opção do **Beneficiário** pela mudança de plano, ressalvado os prazos de carência estabelecidos no início do Contrato e ainda não cumpridos.

**10.8.1.** O **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** poderá solicitar para si e seus dependentes inscritos, a transferência para qualquer outro plano previsto neste Contrato.

**10.8.2.** Na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo com maior cobertura de rede ou acomodação hospitalar, o **Beneficiário** deverá:

**10.8.2.1.** Cumprir os prazos de carência estabelecidos do subitem 9.3, exclusivamente para o acréscimo de rede de atendimento e acomodação hospitalar previstas para o novo plano;

**10.8.2.2.** Permanecer no novo plano pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua efetiva transferência para o novo plano.

**10.8.3.** Será permitida a transferência de **Beneficiário** de um plano de custo maior para outro de custo menor, com menor cobertura de rede credenciada e acomodação hospitalar somente após 12 (doze) meses e na data de aniversário deste Contrato, devendo o **Beneficiário** permanecer inscrito no novo plano por período mínimo de 12 (doze) meses.

**10.8.4.** Nos casos em que o **Beneficiário** Titular optar pela transferência de planos, todos os Dependentes serão automaticamente transferidos para o novo plano contratado.

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

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

### **11.1. Da perda da qualidade do Beneficiário Titular:**

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

**11.1.2.** Por não pagamento da contraprestação pecuniária mensal.

### **11.2. Da perda da qualidade de Beneficiário dependente:**

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

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

### **11.3. Da manutenção do plano em caso extinção do vínculo do Beneficiário titular**

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

**11.3.1.1.** Em caso de óbito do **Beneficiário** titular, o **Beneficiário** dependente que desejar a manutenção do plano deverá comparecer ao NAC – Núcleo de Atendimento ao Cliente, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do óbito, para entrega de cópia da certidão de óbito e manifestação formal de sua opção quanto à continuidade do plano.

**11.3.1.2.** Caso o **Beneficiário** titular solicite sua exclusão do plano, unicamente através do preenchimento e assinatura de formulário específico a ser disponibilizado ao mesmo pelo NAC - Núcleo de Atendimento ao Cliente, a **Intermédica** processará a solicitação de exclusão, devendo o **Beneficiário** dependente que desejar a manutenção do plano comparecer ao NAC – Núcleo de Atendimento ao Cliente, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da citada exclusão, para manifestação formal de sua opção quanto à continuidade do plano.

11.3.2. Na hipótese de existirem diversos dependentes inscritos no plano de saúde quando da extinção do vínculo do **Beneficiário** titular, a opção prevista no sub-item anterior deverá ser realizada por aquele que possuir a condição de responsável econômico financeiro, dos demais dependentes. Na existência de um único dependente menor de idade ou inimputável por qualquer outra razão, a opção deverá ser realizada por seu representante legal.

11.3.2.1. Excepcionalmente, a **Intermédica** poderá aceitar que a opção acima prevista seja realizada por outra pessoa que, embora não tenha a condição de responsável econômico financeiro, do **Beneficiário** dependente, apresente-se como responsável financeiro pelo presente Contrato, mediante assinatura de termo de compromisso nesse sentido.

11.3.3. O disposto nos itens acima não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do Contrato por fraude ou falta de pagamento das contraprestações mensais, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9656/98.

11.3.3.1. Para todos os efeitos de direito, se durante os prazos acima estabelecidos para formalização da opção de manutenção do plano houver atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, os dias de atraso serão computados para a aplicação do previsto no inciso II do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, que prevê a possibilidade de rescisão unilateral do presente Contrato em caso de inadimplência no pagamento das contraprestações pecuniárias, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do Contrato, desde que o consumidor seja notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, no endereço constante em sistema.

## 12. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E MANUAL DE ORIENTAÇÃO

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

12.2. A não apresentação da Carteira de Identificação, juntamente com um documento de identidade com foto e o comprovante do pagamento da contraprestação pecuniária mensal, 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.

12.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços de forma indevida, por não devolução das Carteiras de identificação quando do cancelamento do Contrato ou utilização por terceiros das mesmas, serão de responsabilidade do **Beneficiário Titular** e/ou **Responsável Econômico-Financeiro**.

- 12.4.** No caso de perda ou extravio da Carteira de Identificação do **Beneficiário**, a **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** 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.
- 12.5.** A **Intermédica** disponibilizará à **Contratante** o Manual de Orientação, que define o(s) Grupo(s) de Município(s) disponibilizado(s), e de acordo com o aditamento contratual que regulará as condições especiais desta contratação, relaciona a rede de prestadores próprios e de serviços contratados de cada plano, preferencialmente em mídia digital (CD), para que seja distribuído aos **Beneficiários** Titulares.
- 12.5.1.** Os **Beneficiários** também terão acesso à rede de prestadores próprios e de serviços contratados de seus respectivos planos, constantes do Manual de Orientação, bem como de suas respectivas atualizações, através do portal da **Intermédica (www.intermedica.com.br)**.
- 12.5.2.** Havendo interesse, o **Beneficiário** poderá solicitar uma via impressa do Manual de Orientação através da CAMO - Central de Atendimento Médico-Operacional ou pessoalmente, no Núcleo de Apoio ao Cliente **Intermédica - NAC**.
- 12.5.3.** Deverá a **Contratante** esclarecer plenamente aos **Beneficiários** deste Contrato sobre o funcionamento e condições de utilização dos serviços contratados, visando o seu uso correto

### **13. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA**

#### **13.1. 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 167 de 09/01/2008 e suas atualizações. O valor da Contraprestação Pecuniária encontra-se fixado na proposta firmada entre as partes.

#### **13.2. Pagamento da Taxa de Implantação e da Contraprestação Pecuniária**

- 13.2.1.** Em retribuição aos serviços colocados à disposição do **Beneficiário Titular** e seus Dependentes inscritos, por força deste Contrato, será pago à **Intermédica**:
- 13.2.1.1.** Taxa de implantação - para fazer face às despesas de cadastramento e emissão de Carteiras de Identificação e Admissão. A mesma taxa será cobrada na emissão da documentação, nos extravios ou alteração contratual.

- 13.2.1.2. Contraprestação Pecuniária Mensal - para manutenção dos serviços colocados à disposição e ou do atendimento que vem sendo prestado, de acordo com o plano contratado, área de atuação e faixa etária de cada **Beneficiário** inscrito.
- 13.2.1.3. O dia do pagamento da Contraprestação Pecuniária Mensal será pactuado na assinatura deste Contrato ou na sua prorrogação. Na data acordada o pagamento deverá ser efetuado na Sede da **Intermédica** ou onde a mesma indicar, sujeito a multa de 2% (dois por cento) quando efetuado além do prazo, bem como os juros de mora de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, além de atualização monetária de acordo com os índices vigentes, quando cabível na forma da Lei vigente à época.

#### 14. REAJUSTE FINANCEIRO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

- 14.1. A Contraprestação Pecuniária Mensal será reajustada nos termos da Lei nº 9.656/98 e da regulamentação vigente específica editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que estabelece as normas para reajustes das Contraprestações Pecuniárias Mensais dos planos privados de Assistência à Saúde na segmentação Individual ou Familiar ou na ausência dele pelo índice Setorial que possa vir a ser criado ou na ausência deles ainda pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- 14.2. A aplicação do índice de reajuste da Contraprestação Pecuniária Mensal ocorrerá sempre no mês de aniversário dos Contratos e nos percentuais previamente autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

#### 15. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

- 15.1. 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 mês subsequente a do aniversário do **Beneficiário**, de acordo com os valores então vigentes.
- 15.2. 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.
- 15.3. 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:

<b>PERCENTUAIS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA</b>								
<b>FAIXAS ETÁRIAS</b>	<b>NOMES DOS PLANOS</b>							
	<b>MAX 200</b>	<b>MAX 250</b>	<b>MAX 300</b>	<b>MAX 300 PLUS</b>	<b>MAX 350</b>	<b>MAX 350 PLUS</b>	<b>MAX 400</b>	<b>MAX 400 PLUS</b>
0 a 18 anos	0,00%	0,00%	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%	0,00%	0,00%
24 a 28 anos	44,22%	44,22%	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%	0,00%	0,00%
34 a 38 anos	8,95%	8,95%	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%	0,00%	0,00%
44 a 48 anos	55,89%	55,89%	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%	48,00%	48,00%
54 a 58 anos	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%
59 anos ou +	29,28%	29,28%	29,28%	29,28%	29,28%	29,28%	29,28%	29,28%

## **16. PRAZO DO CONTRATO**

- 16.1.** Este Contrato vigorará pelo prazo explícito de 1 (um) ano.
- 16.2.** A proposta de adesão terá validade a partir da sua assinatura e pagamento da inscrição e da primeira contraprestação pecuniária de manutenção.
- 16.3.** Este Contrato, depois de vencido o período de vigência, será prorrogado por igual período automaticamente.
- 16.4.** Quando da renovação automática, não caberá cobrança de taxa ou qualquer outro valor no ato da renovação, exceto se houver alterações no plano ou inclusão de vidas concomitantemente.

## **17. RESCISÃO**

- 17.1.** O Contrato poderá ser rescindido nas seguintes situações:
- 17.1.1.** Por fraude, desde que comprovadamente julgado e publicado no Diário Oficial da União, o processo administrativo pela Agência, contra o **Beneficiário**, ou não pagamento da contraprestação pecuniária por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de Contrato, desde que o **Beneficiário Titular** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência (Art 13, lei 9656/98).
- 17.1.2.** Em caso de morte do **Beneficiário Titular** que não tenha dependentes incluídos no Contrato a época do falecimento.

**17.1.3.** Caso a denúncia ocorra 30 dias antes do término da vigência inicial, será cobrado o pagamento de multa rescisória equivalente a 10 % (dez por cento) das mensalidades vincendas dentro dos 12 primeiros meses de Contrato. Tal multa servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o direito da **Intermédica** exigir judicialmente o complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa (artigo 416, parágrafo único do Código Civil vigente).

## 18. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 18.1.** 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 **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** e os **Beneficiários** e que não sejam aqueles deste Contrato, exceto se previamente aprovados pela **Intermédica** por escrito.
- 18.2.** Os direitos relativos ao presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados sem a anuência de ambas as partes.
- 18.3.** 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.
- 18.4.** 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.
- 18.5.** 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 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE), ou, na sua falta, por outro índice estabelecido pelas partes **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiros** que reflita a inflação do período, além de juros moratórios, na razão de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, incidente sobre o valor atualizado. Tais acréscimos serão devidos a partir do dia seguinte ao prazo estipulado para o pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente.
- 18.6.** Não cabe ao **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** 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**.

**18.7. Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) - 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.

**18.7.1.** Quando houver divergências, o NAC providenciará para que o fato seja esclarecido de imediato, quando possível, ou em até dez dias úteis, quando for necessário apuração através de documentos ou informações que não estejam em poder do **Beneficiário** ou da **Intermédica**.

**18.7.1.1.** 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.

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

**18.8. 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.

**18.9.** 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.

**18.10.** 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.

## **19. FORO**

Fica eleito o foro da **Beneficiário Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro** para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

***ADITIVO***



### CAPÍTULO III - ADITAMENTO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - 10.2008.003 - INDIVIDUAL OU FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Por este instrumento de aditamento, que fica fazendo parte integrante do Contrato de Assistência à Saúde Individual ou Familiar (“Contrato Principal”), firmado entre a **Intermédica** Sistema de Saúde S.A. e a **Beneficiário**, ficam estabelecidas as seguintes caracterizações no Contrato, que entram em vigor a partir da data de assinatura da Proposta de Adesão, parte integrante do Contrato Principal, cujas Cláusulas prevalecem onde colidir com as mesmas:

#### 1. OBJETO

É compromisso da **Intermédica** garantir a assistência odontológica de forma continuada, ao Beneficiário Titular, 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. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO ODONTOLÓGICO NA ANS

Nome do Plano	Nº de Registro na ANS
Max I Premium Odontológico	456.524/07-0

#### 3. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Nacional

#### 4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

OS USUÁRIOS TERÃO DIREITO AOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS CONSTANTES NA RESOLUÇÃO RN Nº 154 - ANS, DE 05/06/2007, E SUAS ATUALIZAÇÕES EM CONSULTÓRIOS CREDENCIADOS DA REDE **INTERMÉDICA** A SABER:

##### 4.1. DIAGNÓSTICO

- a) Consulta odontológica;
- b) Exame histopatológico;

##### 4.2. URGÊNCIA / EMERGÊNCIA:

- a) Colagem de fragmentos;
- b) Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal / labial Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose;
- c) Imobilização dentária temporária;
- d) Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- e) Incisão e drenagem de abscesso intra oral;
- f) Recimentação de peça protética;
- g) Reimplante de dente avulsionado Tratamento de alveolite.

**4.3. RADIOLOGIA:**

- a) Radiografia interproximal (bite-wing);
- b) Radiografia oclusal;
- c) Radiografia periapical.

**4.4. PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:**

- a) Atividade educativa (Orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifrícios e enxaguatórios);
- b) Aplicação de selante (aplicação preventiva de resina);
- c) Evidenciação de placa bacteriana;
- d) Fluoroterapia;
- e) Profilaxia-polimento coronário.

**4.5. DENTÍSTICA :**

- a) Adequação do meio bucal Ajuste oclusal Aplicação de carióstático Núcleos de preenchimento Restauração a pino;
- b) Restauração de 1 (uma) face (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável);
- c) Restauração de 2 (duas) face (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável);
- d) Restauração de 3 (três) faces (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável);
- e) Restauração de 4 (quatro) face, faceta direta em resina (amálgama / resina composta / resina fotopolimerizável);
- f) Restauração de ângulo; Restauração de superfície radicular;

**4.6. ENDODONTIA**

- a) Capeamento pulpar excluindo restauração final Pulpotomia/pulpectomia;
- b) Remoção de núcleo intrarradicular / corpo estranho;
- c) Remoção de prótese e/ou pino metálico (retirada de prótese ou pino metálico não precioso do canal);
- d) Retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos pré-molares e molares; Tratamento de perfuração radicular;
- e) Tratamento endodôntico de dentes com rizogênese incompleta;
- f) Tratamento endodôntico de dentes decíduos;
- g) Tratamento endodôntico em dentes permanentes (1 conduto); Tratamento endodôntico em dentes permanentes (2 condutos);
- h) Tratamento endodôntico em dentes permanentes (3 condutos); Tratamento endodôntico em dentes permanentes (4 condutos ou mais);

**4.7. PERIODONTIA**

- a) Aumento de coroa clínica; Cirurgia periodontal a retalho;
- b) Cunha dista;
- c) Curetagem de bolsa periodontal;
- d) Gengivectomia / Gengivoplastia;
- e) Imobilização dentária temporária ou permanente Raspagem sub-gengival e alisamento radicular; Raspagem supra-gengival e polimento coronário;

- f) Sepultamento radicular Tratamento da gengivite;
- g) Tratamento de abscesso periodontal;

#### 4.8. CIRURGIA:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicectomia birradicular;
- c) Apicectomia birradicular com obturação retrógrada;
- d) Apicectomia trirradicular;
- e) Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada;
- f) Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada;
- g) Apicectomia unirradicular;
- h) Biópsia;
- i) Cirurgia de tórus bilateral;
- j) Cirurgia de tórus unilateral Correção de bridas musculares;
- k) Excisão de mucocele;
- l) Excisão de rânula;
- m) Exodontia a retalho; Exodontia de dente decíduo;
- n) Exodontia de raiz residual;
- o) Exodontia simples;
- p) Fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta;
- q) Fraturas alvéolo-dentárias - redução incruenta;
- r) Frenectomia labial;
- s) Frenectomia lingual;
- t) Hemissecção com ou sem amputação radicular Remoção de dentes retidos (inclusos e impactados);
- u) Sulcoplastia;
- v) Ulectomia;
- w) Ulotomia.

#### 5. CARÊNCIAS

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:

Procedimentos	Carências
Urgência e Emergência, Diagnóstico, Curativo, Intervenção Clínica, extração Simples	24 horas
Demais Procedimentos	90 dias

#### 6. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Classificam-se como procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal - consiste na aplicação de hemostático e sutura no alvéolo dentário
- II - Curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose - consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- III - Imobilização dentária temporária - procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;

- IV - Recimentação de peça protética - consiste na recolocação de peça protética;
- V - Tratamento de alveolite - consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário;
- VI - Colagem de fragmentos - consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura , através da utilização de material dentário adesivo;
- VII - Incisão e drenagem de abscesso extra oral - consistem em fazer uma incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- VIII - Incisão e drenagem de abscesso intra-oral - consiste em fazer uma incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso; e
- IX - Reimplante de dente avulsionado - consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

Exclusivamente nos casos de urgência ou emergência dentro do Território Nacional, quando não for possível a utilização dos serviços da rede de assistência da **Intermédica**, dentro da área geográfica de abrangência, conforme previsto no art. 12, inciso VI da lei 9656/98 as despesas efetuadas pelo usuário, titular ou dependente, com os procedimentos de urgência ou emergência após conferência e aprovação, serão reembolsadas em até 30 (trinta) dias da entrega dos documentos conforme tabela de procedimentos odontológicos ou até o limite das notas apresentadas.

## **7. REMOÇÃO**

Não se aplica a odontologia.

## **8. MECANISMO DE REGULAÇÃO**

### **8.1. LOCAIS DE ATENDIMENTO**

Para ter direito à assistência odontológica será necessária a apresentação de Carteira de Identificação do Beneficiário com a devida identificação pessoal, sendo vedado o atendimento na ausência desta. O Manual de Orientação do plano relaciona os locais de atendimento para o plano deste aditamento.

### **8.2. CENTRAL DE ATENDIMENTO OPERACIONAL 24 HORAS**

**8.2.1.** A Central de Atendimento Operacional da **Intermédica** opera 24 horas ininterruptas de forma permanente de domingo a domingo, e sua função é muito mais que uma central telefônica comum. Seus operadores orientam os usuários sobre todos os aspectos do plano odontológico, informações cadastrais e de direitos;

**8.2.2.** Esta equipe de profissionais orienta, evita eventuais agravamentos de problemas e conduz a uma eficaz utilização dos recursos, dando a acessibilidade necessária para o uso dos serviços da **Intermédica**;  
A Central de Atendimento Operacional, é certificada ISO 9001 é o pela Fundação Carlos Alberto Vanzolini do Brasil e Quality Management Institute (QMI) do Canadá.

### 8.3. GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE ODONTOLÓGICA

Ficam estabelecidos, conforme Cláusulas do Contrato e especificamente esta, mecanismos de gerenciamento das ações de controle em todas as fases de utilização dos serviços assistenciais e da ocorrência dos eventos, em especial: aconselhamento odontológico; monitoramentos; gerenciamentos de casos complexos; direcionamento dentro da sua rede nas diversas especialidades para os locais de atendimento que a **Intermédica** considera preferenciais; segunda opinião odontológica; auditoria técnica odontológica e administrativa; programas de educação preventiva, dentre outros, aplicando os mecanismos de regulação, direcionamento, referenciamento e hierarquização de acesso praticados pela **Intermédica**.

### 8.4. PORTA DE ENTRADA

**8.4.1.** A porta de entrada para obtenção de atendimentos de consultas e tratamentos de rotina é de ampla Rede Credenciada, distribuída na abrangência Nacional, visando facilitar o acesso do usuário aos serviços objeto do Contrato Principal, não estando nele previsto como porta de entrada qualquer estabelecimento ou unidade pública ou privada que não faça parte da rede credenciada da **Intermédica**;

**8.4.2.** As urgências ou emergências odontológicas serão atendidas nos prontos-socorros odontológicos da rede da **Intermédica**, a qualquer hora do dia ou da noite, incluindo sábados, domingos e feriados, sem necessidade de marcação de consultas;

**8.4.3.** A segunda opinião odontológica será utilizada pela **Intermédica** para os casos que julgar necessário, para realização de procedimentos na sua rede, ou para autorizações fora da rede, quando previstas na legislação;

**8.4.4.** A **Intermédica** não negará autorização de procedimento pelo único motivo do profissional solicitante não pertencer à sua rede própria ou credenciada, porém para autorizá-lo deverá o caso ser analisado previamente pela sua Divisão Técnica Operacional, que autorizará ou não. Uma vez autorizado o procedimento ele será realizado na rede da **Intermédica**, com exceção dos casos de urgência ou emergência previstos e normatizados neste instrumento.

### 8.5. ROTINA PARA UTILIZAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

**8.5.1.** Escolha pelo usuário de qualquer dentista da Rede Credenciada; Marcação de consulta diretamente com o profissional escolhido;

**8.5.2.** Apresentação de carteirinha de identificação e documento de identidade; Realização, na primeira consulta, de anamnese, exame clínico e registro da condição bucal atual do paciente, sua saúde periodontal, higiene, condição de oclusão e de saúde geral em formulário específico fornecido pela **Intermédica**, além de elaboração do plano de tratamento a ser executado;

- 8.5.3.** Envio, pelo dentista, do Formulário para a **Intermédica**;
- 8.5.3.1. Registro e monitoramento do atendimento aos usuários através de sistema informatizado com o objetivo de garantir segurança e qualidade aos serviços prestados;
- 8.5.3.2. Avaliação de todos os planos de tratamento enviados a **Intermédica** por dentistas auditores permitindo o gerenciamento odontológico e análise da real necessidade dos tratamentos propostos, procurando sempre a melhor opção terapêutica para o paciente;
- 8.5.3.3. Aprovação dos tratamentos solicitados após 1 hora do recebimento do Formulário;
- 8.5.4.** Todos os procedimentos, exceto a consulta inicial devem ser encaminhados a **Intermédica** para autorização prévia no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (Art. 4º, inc. IV da Res. CONSU 8/98).
- 8.5.5.** Nos casos de situações de divergências odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por dentista da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **Intermédica** ( Art. 4º, inc. V da Res. CONSU 8/98 )

## **8.6. CÁLCULO DE FRANQUIA**

- 8.6.1.** A tabela de franquia será calculada de acordo com o estabelecido neste Contrato, respeitando-se os Limites de Coberturas, da Área de Atuação e condições do plano contratado.
- 8.6.2.** O número de USI (Unidades de serviço **Intermédica**) é igual ao quantitativo apresentado na TO-I para o respectivo procedimento. O valor da USI está definido na documentação entregue ao beneficiário e disponibilizado no site da operadora: **www.intermedica.com.br** .

## **8.7. REAJUSTE USI**

- 8.7.1.** O valor inicial da USI vigente na data de início do Contrato e será utilizado para os cálculos dos limites de franquia.
- 8.7.2.** Periodicamente, o valor da USI será ajustado de acordo com custos incidentes sobre a operação de Planos Odontológicos, de administração, de comercialização e de outras despesas, dentro dos parâmetros legais.

#### **8.8. PAGAMENTO DA FRANQUIA**

Será devido pelo Beneficiário para a realização de cada um dos procedimentos e o pagamento de franquia será realizado diretamente ao prestador de serviços credenciados escolhidos.

#### **9. FORMAÇÃO DE PREÇO**

Pré-Estabelecido

#### **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

**10.2.** Prevalecem para todos os efeitos deste instrumento, os dispositivos legais estabelecidos na Cláusula 21 – DISPOSIÇÕES GERAIS, do Contrato Principal.

**10.3.** Integram o presente instrumento, para os devidos fins, todos os documentos complementares: tabelas de venda, ficha de implantação e a Tabela de Franquia para Procedimentos Odontológicos - TO-I, que encontra-se no 4º Cartório Oficial Registro de Títulos e Documentos Cível ou Pessoa Jurídica da Capital.

**11.** Permanecem em vigor e são ratificadas todas as cláusulas e condições previstas no Contrato de Assistência à Saúde Individual ou Familiar na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia firmado entre as partes, e não alteradas por este Aditamento.

