

Termo de Ciência e Responsabilidade

Eu, _____,
R.F.: _____, R.G.: _____, CPF.: _____,
optante pelo Plano _____ do Grupo **HAPVIDA NOTREDAME INTERMÉDICA**, estou ciente de que:

1. A **isenção de todas as carências e o início da utilização dos benefícios** estarão condicionados à formação de grupo de **50 (cinquenta)** usuários.

- a. O período mínimo de permanência no Plano contratado é de **12 (doze)** meses.
- b. Não existe cobertura para **Acidente de Trabalho**.
- c. A **inclusão dos dependentes** no Plano só poderá ser feita no **ato da adesão**, conforme disposição legal, e os mesmos só poderão ser **excluídos** por perda de direito legal à dependência.
- d. Os dependentes **não** poderão permanecer no Plano em **caso de falecimento e/ou exclusão do titular por qualquer motivo**, sob pena de responsabilidade civil e criminal.
- e. Em caso de - "**nascimento**" - a inclusão dos novos dependentes deverá ser feita em **até 29** dias, a partir da data do evento e "**casamento**" até 07 dias, a partir da data do evento.
- f. Somente a **quitação no prazo, de TODOS os boletos enviados** pela **Hapvida NotreDame Intermédica** garantirá o uso dos benefícios do Plano. Os pagamentos com atraso não garantirão, necessariamente o direito ao uso.

2. **O plano será cancelado no caso de perda de elegibilidade (desvinculação/desfiliação) da Entidade**, sendo de minha responsabilidade a comunicação a Entidade e não mais utilização por mim e meus dependentes, sob pena de responsabilização criminal e civil, inclusive através de cobrança pelos serviços prestados.

3. **O Plano será cancelado em caso de inadimplência no pagamento de qualquer das mensalidades, por período superior a 60 (sessenta dias), consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses da vigência do contrato.**

4. **O cancelamento do plano ativo, deverá ser feito através da Central de Atendimento Intermédica ou da Aprofem, até o dia 20 de cada mês (a partir do dia 21, será gerado um novo boleto para o mês seguinte, e caso não efetue o pagamento, ele ficará como pendência financeira em nome do titular do plano).**

5. É meu dever consultar sempre a rede de atendimento no portal/site: www.qndi.com.br ou pelo telefone: 3155-2300.

6. **NAS INTERNAÇÕES OBSTÉTRICAS (MATERNIDADE/PARTOS)**

Na hora do parto, ocorrendo os primeiros sintomas de que o bebê irá nascer (dores, rompimento da bolsa), você ou sua dependente deverá procurar a Maternidade mais próxima de sua preferência, dentre as relacionadas no Manual de Orientação e no site da Hapvida NotreDame Intermédica, com a seguinte documentação: Carteira de Identificação da Hapvida NotreDame Intermédica, Certidão de Casamento/Nascimento, Documentos Pessoais.

Não há necessidade de guia de autorização prévia da **Hapvida NotreDame Intermédica.**

7. **O PARTO SERÁ REALIZADO PELA EQUIPE MÉDICA (OBSTÉTRICA) DE PLANTÃO DO HOSPITAL, SEM QUALQUER CUSTO (DESDE QUE COBERTOS CONTRATUALMENTE). ASSIM, OPTANDO POR MÉDICO PARTICULAR, NÃO HAVERÁ QUALQUER COBERTURA, SEQUER PARA A INTERNAÇÃO.**

8. Na hora do parto, ocorrendo os primeiros sintomas de que o bebê irá nascer (dores, rompimento da bolsa), você ou sua dependente deverá procurar a Maternidade mais próxima de sua preferência, dentre as relacionadas no Manual de Orientação e no site da Hapvida NotreDame Intermédica, com a seguinte documentação: Carteira de Identificação da Hapvida Hapvida NotreDame Intermédica, Certidão de Casamento/Nascimento, Documentos Pessoais.

9. Não há necessidade de guia de autorização prévia da **Hapvida NotreDame Intermédica.****O PARTO SERÁ REALIZADO PELA EQUIPE MÉDICA (OBSTÉTRICA) DE PLANTÃO DO HOSPITAL, SEM QUALQUER CUSTO (DESDE QUE COBERTOS CONTRATUALMENTE). ASSIM, OPTANDO POR MÉDICO PARTICULAR, NÃO HAVERÁ QUALQUER COBERTURA, SEQUER PARA A INTERNAÇÃO.**

10. NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA EM PRONTO SOCORRO

- i. O beneficiário tem direito ao atendimento nos casos de urgência ou emergência comprovada nas 24 horas do dia, nos prontos-socorros indicados pela **Hapvida NotreDame Intermédica**, nos seguintes serviços e tratamentos:
- ii. Consultas e serviços ambulatoriais de urgência ou emergência;
- iii. atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência ou emergência;
- iv. Inalações de urgência;
- v. Atendimento em traumatologia, gesso, atadura e suturas;
- vi. Medicação de urgência administrada no pronto-socorro;
- vii. Repouso em pronto-socorro para recuperação ou esclarecimento diagnóstico;
- viii. Atendimento em casos de acidente pessoal.

11. NAS INTERNAÇÕES PARA CIRURGIAS ELETIVAS (PROGRAMADAS)

- i. São aquelas que ocorrem quando o paciente tem uma indicação médica para realização de tratamento cirúrgico, que pode ser programado antecipadamente, fora da urgência, sem risco de vida ou para a saúde do paciente (por exemplo, cirurgia de varizes, cirurgia de garganta, hérnias e outras). Nestes casos, existe a necessidade de que o paciente passe por uma avaliação com uma equipe cirúrgica especializada, indicada pela **Hapvida NotreDame Intermédica**, e de guia de autorização prévia, cujas orientações de como obtê-la constam no Manual de Orientação.

12. NAS INTERNAÇÕES ELETIVAS (TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO/CLÍNICO)

- i. São aquelas que ocorrem quando o paciente necessita de tratamento clínico especializado, para combater alguma doença que não pode ser tratada ambulatorialmente (por exemplo: pneumonia grave, desidratação, diabetes descompensada e outras). Normalmente estas internações são recomendadas por médicos dos Centros Clínicos próprios, consultórios credenciados ou Prontos-Socorros, com os respectivos encaminhamentos.

13. INTERNAÇÕES NA REDE PRÓPRIA DE HOSPITAIS/CREDENCIADO

- i. Utilizar preferencialmente, os hospitais da rede própria. A alta não significa que o problema foi totalmente solucionado. Diante disso, é imprescindível que você dê continuidade ao tratamento, conforme recomendação do seu médico por ocasião da alta hospitalar.

Internações na rede credenciada – Regime de Atendimento nos Hospitais Credenciados

- ii. Os hospitais credenciados estão autorizados a prestar atendimento aos beneficiários, de acordo com a especialidade contratada pela **Hapvida NotreDame Intermédica** e a entidade hospitalar. Em caso de “Cirurgia Eletiva” (programada), as solicitações de internação serão avaliadas pelo **DEINT** (Departamento de Internação) de sua região que verificará, conforme o caso, o recurso apropriado para seu atendimento.
- iii. Importante: para todas as internações eletivas (cirúrgicas ou não), há a necessidade de guia de autorização prévia, cujas orientações de como obtê-la constam no Manual de Orientações, nos itens:
“Como obter a guia para realização de exames e internações” e “Guias através do portal/site”.

14. Nos casos de internação, quando o usuário optar por acomodações superiores às do plano por ele contratado, arcará com o pagamento das respectivas diferenças, bem como com custos médico-hospitalares (inclusive honorários médicos).

15 - IDEPENDENTE DA DATA DA PROPOSTA, O VALOR MENSAL DO PLANO SERÁ REAJUSTADO QUANDO HOVER:

- a. **Reajuste anual financeiro previsto na legislação**, com periodicidade de 12 (doze) meses contados a partir da última aplicação do reajuste aprovado pela ANS.
- b. **Reajuste por mudança de faixa etária**, previsto na legislação, que ocorre quando os titulares/beneficiários ultrapassam o limite da faixa etária em que se encontram, respeitando-se as faixas etárias da tabela abaixo.
- c. **Reajuste por sinistralidade**, recálculo técnico das mensalidades, considerando o total das receitas e despesas verificadas no período dos 12 meses anteriores, a ser aplicado anualmente, na data de aniversário do contrato.

TABELA VIGENTE (Sujeita aos reajustes previstos na Legislação)

Reajuste Anual em Outubro de cada ano

IDADE	EXTRA AG4 (Enfermaria)	EXECUTIVO AG4 (Apartamento)	EXECUTIVO PLUS AG4 (Apartamento)
00 – 39	R\$ 795,88	R\$ 1.158,86	R\$ 1.532,40
40 – 59	R\$ 1.340,14	R\$ 1.951,17	R\$ 2.580,45
60 +	R\$ 4.775,19	R\$ 6.953,13	R\$ 9.194,34

Declaro minha inequívoca e irrevogável ciência e anuência a respeito das disposições e informações descritas no presente documento, bem como das responsabilidades nele previstas.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura