



ANS nº 368253



ANS nº 359017



ANS - nº 41.742-4



15%

DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES*

MANUAL DO CORRETOR

NOTREDAME INTERMÉDICA
RIO DE JANEIRO
TABELA ABERTA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO NDI

Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.

Plano com segmentação: Ambulatorial + hospitalar COM obstetrícia com coparticipação parcial ou total.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.

**TABELA**

PRODUTO	SMART 150 LESTE FLUMINENSE CA CP ENF	SMART 200 RJ CA CP	SMART 300 GE CA CP ENF	SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia				
COPARTICIPAÇÃO	✓ Total	✓ Total	✓ Total	✓ Total	✓ Total
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	487.237/20-1	481.672/18-2	486.579/20-1	474.464/15-1	474.463/15-2
0 a 18 anos	R\$ 196,43	R\$ 206,77	R\$ 273,81	R\$ 296,88	R\$ 378,40
19 a 23 anos	R\$ 266,73	R\$ 280,77	R\$ 354,19	R\$ 384,03	R\$ 489,48
24 a 28 anos	R\$ 293,39	R\$ 308,83	R\$ 364,00	R\$ 394,66	R\$ 503,03
29 a 33 anos	R\$ 319,78	R\$ 336,62	R\$ 404,43	R\$ 438,50	R\$ 558,90
34 a 38 anos	R\$ 324,57	R\$ 341,66	R\$ 417,93	R\$ 453,14	R\$ 577,56
39 a 43 anos	R\$ 340,81	R\$ 358,75	R\$ 459,73	R\$ 498,48	R\$ 635,34
44 a 48 anos	R\$ 482,89	R\$ 508,31	R\$ 617,49	R\$ 669,54	R\$ 853,37
49 a 53 anos	R\$ 651,90	R\$ 686,22	R\$ 701,17	R\$ 760,27	R\$ 969,01
54 a 58 anos	R\$ 782,30	R\$ 823,48	R\$ 888,86	R\$ 963,79	R\$ 1.228,41
59 anos ou +	R\$ 1.178,28	R\$ 1.240,31	R\$ 1.368,87	R\$ 1.484,27	R\$ 1.891,78

PRODUTO	SMART 150 LESTE FLUMINENSE CA CP ENF	SMART 200 RJ CA CP	SMART 300 GE CA CP ENF	SMART 400		BASIC
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia					Referência
COPARTICIPAÇÃO	✓ Parcial	✓ Parcial	✓ Parcial	✓ Parcial	✓ Parcial	✗
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Nacional
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria
CÓDIGO ANS	487.237/20-1	481.672/18-2	486.579/20-1	474.464/15-1	474.463/15-2	408.050/99-5
0 a 18 anos	R\$ 228,42	R\$ 240,44	R\$ 459,83	R\$ 488,87	R\$ 606,06	R\$ 1.370,04
19 a 23 anos	R\$ 310,17	R\$ 326,49	R\$ 594,80	R\$ 632,36	R\$ 783,96	R\$ 1.772,19
24 a 28 anos	R\$ 341,17	R\$ 359,12	R\$ 611,27	R\$ 649,87	R\$ 805,67	R\$ 1.821,24
29 a 33 anos	R\$ 371,86	R\$ 391,43	R\$ 679,16	R\$ 722,06	R\$ 895,16	R\$ 2.023,54
34 a 38 anos	R\$ 377,43	R\$ 397,29	R\$ 701,84	R\$ 746,17	R\$ 925,06	R\$ 2.091,12
39 a 43 anos	R\$ 396,31	R\$ 417,17	R\$ 772,04	R\$ 820,82	R\$ 1.017,60	R\$ 2.300,29
44 a 48 anos	R\$ 561,54	R\$ 591,08	R\$ 1.036,97	R\$ 1.102,49	R\$ 1.366,80	R\$ 3.089,67
49 a 53 anos	R\$ 758,07	R\$ 797,96	R\$ 1.177,49	R\$ 1.251,88	R\$ 1.552,01	R\$ 3.508,34
54 a 58 anos	R\$ 909,70	R\$ 957,57	R\$ 1.492,68	R\$ 1.587,00	R\$ 1.967,47	R\$ 4.447,48
59 anos ou +	R\$ 1.370,18	R\$ 1.442,28	R\$ 2.298,77	R\$ 2.444,02	R\$ 3.029,95	R\$ 6.849,24

15%

TABELAS
SEM DESCONTO,
APLICAR CONDIÇÃO
PARA AS VIGÊNCIAS
10 E 20 DE 10/24,
11/24, 12/24
E 01/25.

DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES*



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

LINHA SMART - PLANOS COM OBSTETRÍCIA E COPARTICIPAÇÃO TOTAL

PROCEDIMENTOS	SMART 150	SMART 200	SMART 300	SMART 400
Consultas Eletivas	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01
Consulta em Pronto Socorro	Valor fixo de R\$ 53,00	Valor fixo de R\$ 53,00	Valor fixo de R\$ 53,00	Valor fixo de R\$ 53,00
Exames Simples *	Valor fixo de R\$ 15,90	Valor fixo de R\$ 15,90	Valor fixo de R\$ 15,90	Valor fixo de R\$ 15,90
Exames Especiais *	Valor fixo de R\$ 106,00	Valor fixo de R\$ 106,00	Valor fixo de R\$ 106,00	Valor fixo de R\$ 106,00
Terapias Neurológicas Especiais**	Valor fixo de R\$ 68,90	Valor fixo de R\$ 68,90	Valor fixo de R\$ 68,90	Valor fixo de R\$ 68,90
Demais Terapias**	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01
Internação	R\$ 249,57	R\$ 249,57	R\$ 249,57	R\$ 249,57

* Internação em Rede Credenciada.

** Modelo de Coparticipação Parcial contempla coparticipação apenas para terapias simples (demais procedimentos isentos).



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

LINHA SMART - PLANOS COM OBSTETRÍCIA E COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

PROCEDIMENTOS	SMART 150	SMART 200	SMART 300	SMART 400
Terapias Neurológicas Especiais**	Valor fixo de R\$ 68,90	Valor fixo de R\$ 68,90	Valor fixo de R\$ 68,90	Valor fixo de R\$ 68,90
Demais Terapias**	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01	Valor fixo de R\$ 37,01
Internação	R\$ 249,57	R\$ 249,57	R\$ 249,57	R\$ 249,57

* Internação em Rede Credenciada.

** Modelo de Coparticipação Parcial contempla coparticipação apenas para terapias simples (demais procedimentos isentos).



QUEM PODE ADERIR

FETRABRAS - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS

Profissionais Liberais e Profissionais Autônomos.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Documentação de vínculo com a entidade;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias);
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

DEPENDENTES

Cônjuge

- Cópia do RG e CPF;
- Cópia de Certidão de Casamento.

Companheiro(a)

- Cópia do RG e CPF;
- Escritura Pública de Declaração de União Estável registrada em Cartório ou Escritura da Declaração emitida pelo Cartório, no qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência;
- Declaração firmada por ambos os companheiros, onde declarem a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas.

Filhos(as) naturais ou adotivos(as), enteados, solteiros(as) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias) ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade

- Cópia do CPF + Cópia do RG ou Certidão de Nascimento;
- No caso de filhos adotivos: Termo de adoção/guarda judicial;
- No caso de enteados: Certidão de Nascimento em conjunto com a Certidão de Casamento ou com os documentos elencados no item de Companheiro(a).

Filhos(as) com invalidez permanente

- Cópia do CPF + Cópia do RG ou Certidão de Nascimento;
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Tutelados(as) ou curatelados(as), menor sob guarda com o respectivo termo de tutela e curatela ou guarda nos limites etários até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

- Cópia do CPF + Cópia do RG ou Certidão de Nascimento;
- Cópia do Termo de Tutela.

Pai e mãe

- Cópia do CPF + Cópia do RG ou CNH + Cópia da Certidão de Casamento ou Nascimento.

Irmão e tio

- Irmão(ã): Cópia do CPF + Cópia do RG ou CNH do irmão(ã) + Cópia da Certidão de Nascimento ou de Casamento.
- Tio(a): Cópia do CPF + Cópia do RG ou CNH do tio(a) + Cópia da Certidão de Nascimento do Titular + Cópia da Certidão de Nascimento ou de Casamento do tio(a).

Sobrinho(a) até 40 anos de idade incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias)

- Cópia do CPF + Cópia do RG ou CNH do pai/mãe do sobrinho + Cópia do RG ou CNH do sobrinho ou cópia da Certidão de Nascimento.



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A Administradora de Benefícios / Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da Operadora.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- A venda será considerada administrativa para beneficiários acima de 64 anos, 11 meses e 29 dias e para ex-beneficiários do contrato Hapvida NDI com retorno anterior há 180 (cento e oitenta) dias do cancelamento.
- Para titulares menores de idade, o responsável financeiro deverá ser o pai, mãe, avô, avó ou responsável legal.
- Mês do reajuste anual: **SETEMBRO**.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA

SMART 150 LESTE FLUMINENSE: Itaboraí, Maricá, Niterói e São Gonçalo.

SMART 200 RJ: Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti.

SMART 300: Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Japeri e Queimados.

SMART 400: Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu e Queimados.



VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01
Dia 10	Todo dia 10
Dia 20	Todo dia 20



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PLANO SAÚDE

GRUPO	COBERTURA	CONTRATUAL	PADRÃO	REDUÇÃO 1	REDUÇÃO 2
1	Atendimentos de urgência e emergência.	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas médicas – Rede Própria.	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
3	Consultas médicas – Rede Credenciada.	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
4	Exames simples – Rede Própria.	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
5	Exames simples – Rede Credenciada.	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Credenciada.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
8	Exames Especiais - Rede Própria e Rede Credenciada. Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria e Credenciada.	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias
9	Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise, hemoterapia, terapias especiais com DUT (terapia antineoplásica oral, terapia imunobiológica, terapias isoladas ou multidisciplinares com métodos específicos - ABA, BOBATH e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens - Rede Própria e Credenciada.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
10	Transplantes, implantes, internações cirúrgicas com uso de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico, internações psiquiátricas, cirurgias refrativas e bariátricas (obesidade mórbida).	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias
11	Partos a termo - Rede própria e Credenciada.*	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

*Item 11 – Exceto para os planos Ambulatorial + Hospitalar Sem Obstetrícia.

CONTRATUAL: Para beneficiários com idade acima de 59 anos, 11 meses e 29 dias.

PADRÃO: Para beneficiários sem plano anterior.

REDUÇÃO 1 Linha Smart: Clientes oriundos de planos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados, com permanência mínima de 12 (doze) meses. / **Linha Advance:** Clientes oriundos de planos compatíveis de Operadoras Congêneres, constante na lista abaixo descrita, com permanência mínima de 06 (seis) meses e máxima de 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

REDUÇÃO 2 – Linha Smart: Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo descrita com permanência mínima de 12 (doze) meses. / **Linha Advance:** Clientes oriundos de planos compatíveis de Operadoras Congêneres, constante na lista abaixo descrita, com permanência mínima de 12 (doze) meses.

OPERADORAS PARTICIPANTES (CONGÊNERES): Allianz, Amha Atibaia, AMHEMED, Amil (Next, Medial, Lincx, One Health, Sobam e Santa Helena), Ana Costa Saúde, Assim Saúde, Biovida, Blue Med, Bradesco, Caberj, Cabesp, Care Plus, Cemeru, Cemil, Climed - Atibaia, Garantia de Saúde, Golden Cross, Haoc, Sompó, (Marítima), Medical Health, Mediservice, Omint, Plena Saúde, Porto Seguro, Samaritano Saúde, Santa Casa (Bragança), Santa Casa de Mauá, São Cristóvão, São Miguel Saúde, Saúde Beneficência, Saúde Santa Tereza, SulAmérica, Tempo, Trasmontano, NotreDame Seguradora, Unihosp, Unimed e autogestões puras patrocinadas pelas empregadora.

DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA: Cópia da carteirinha de identificação da operadora congênera, desde que contenha a data de início da vigência; e Cópia dos 2 (dois) últimos boletos pagos da Seguradora/Operadora anterior; ou Carta de permanência com o período de permanência, plano e acomodação. Não será somado o período de diversas operadoras, será válido somente o período de permanência da última operadora. A redução de carência será acatada com até 30 (trinta) dias da exclusão no plano anterior para associados advindos de planos empresariais/adesão e até 60 (sessenta) dias da exclusão no plano anterior para associados advindos dos planos PF (pessoa física).

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente é aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 meses.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

CPT	24 meses
-----	----------

Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saibamos ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na "Declaração de Saúde" que acompanha esta Proposta. Havendo na "Declaração de Saúde" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

PLANO ODONTOLÓGICO

GRUPO	COBERTURA	CONTRATUAL
12	Urgência e emergência, diagnóstico, intervenção clínica, extração simples.	24 horas
13	Radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística, cirurgia, periodontia, endodontia.	60 dias