

Visão, Missão e Valores



VISÃO

Ser protagonista da inovação em gestão de saúde, garantindo qualidade e sustentabilidade aos nossos Clientes.



MISSÃO

Tornar saúde de qualidade acessível a gerações de Brasileiros.



Grupo
NotreDame
Intermédica

Valores



ACEITAÇÃO - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA - EMPRESA

PME Mínimo de 2 vidas para: Linha Smart e Advance
Mínimo de 3 vidas para: Linhas Premium e Infinity

Área de Comercialização São Paulo, Grande SP, Baixada Santista, Campinas, Sorocaba e Jundiá
Rio de Janeiro e Grande Rio.
Verificar os produtos disponíveis para cada abrangência.

EMPRESAS

- Cópia do contrato social registrado no órgão competente ou
- Requerimento de empresário, registrado na Junta Comercial ou
- Micro empreendedor Individual (MEI):
 - Linhas Smart e Advance: 60 dias da data de abertura
 - Linhas Premium e Infinity: 120 dias da data de abertura
- Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato (MEI)
- Cópia do CNPJ atualizado

EMPRESAS COLIGADAS

Coligada vínculo societário:

- Pelo menos um sócio em comum em todas as empresas.
- Em caso de procurador, o mesmo deverá constar no contrato social das empresas.

Coligada Familiar:

- 100% do FGTS de todas as empresas

Processo:

- Deverá ser preenchido o formulário de coligadas
- Cópia de documento que contenha assinatura
- CNPJ atualizado de cada empresa
- Máximo de 06 empresas, para 30 vidas no mínimo
- Mínimo de beneficiários será conforme cada produto
- Os contratos estarão vinculados e, na principal, será atribuído o mínimo de 30 vidas, para efeito de faturamento, caso o grupo fique com menos de 30 vidas

EMPRESAS Setor Saúde

- Permitido: laboratórios, home care, clínicas de imagem e consultórios odontológicos.

EMPRESAS Restrição

- Empresas de atividade: motoboy, segurança armada, transporte e prestador de saúde (credenciado GNDI).

ACEITAÇÃO - BENEFICIÁRIOS

| | Aceitação | Documentação |
|--|------------------------------------|--|
| Sócios Administradores Diretores | - Deve constar no Contrato Social. | - Cópia Contrato Social. |
| Funcionários | - Comprovar vínculo empregatício. | <ul style="list-style-type: none">- Relação do FGTS completa do mês anterior ao início de vigência do benefício e guia de recolhimento quitada em rede bancária (mais de 29 vidas)- Funcionários recém-admitidos deverão apresentar: Cópia da página da carteira de trabalho, cópia da página com fotografia e cópia da página de registro- Ficha de registro com foto e carimbo com CNPJ- Demais documentos obrigatórios:<ul style="list-style-type: none">Cópia RG (frente e verso) acima de 18 anosCópia Cartão Nacional de Saúde - SUSComprovante de endereço do titular (na falta do cartão SUS) |

| | Aceitação | Documentação |
|---|--|--|
| Dependentes | <p>Opção do plano será igual ao do segurado titular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cônjuge. - Companheiro(a). - Filhos solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias e inválidos sem limite de idade. - Filhos adotivos até 39 anos, 11 meses e 29 dias e inválidos sem limite de idade. - Enteado até 30 anos. | <ul style="list-style-type: none"> • Cônjuge: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia certidão de casamento. • Companheiro(a): <ul style="list-style-type: none"> - Declaração de união estável simples (modelo NotreDame Intermédica) com reconhecimento de firma do declarante • Filhos solteiros e inválidos: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia Certidão de Nascimento ou; - Registro Geral - RG (cópia frente e verso) - Filhos inválidos: relatório médico para análise médica • Filhos adotivos: <ul style="list-style-type: none"> - Termo de guarda (provisória/definitiva) ou tutela emitido por juiz de direito e certidão de Nascimento (cópias) • Enteado: <ul style="list-style-type: none"> - Certidão de nascimento, certidão de casamento do titular ou escritura declaratória lavrada em tabelionato (cópias) Se faz necessário a inclusão do pai ou mãe Cartão Nacional de Saúde para todos (cópias) |
| Aprendizes | - Maiores de 14 e menores de 24 anos | <p>- Contrato de aprendiz assinado pelo próprio e pelo representante legal da empresa.</p> <p>Quando menor de 18 anos, o responsável legal do Estagiário deverá assinar a Declaração de Saúde</p> |
| Estagiários | - Maiores de 16 anos | <p>- Contrato de estágio assinado pelo estagiário, pelo representante legal da empresa carimbado e pela instituição de ensino</p> <p>Quando menor de 18 anos, o responsável legal deverá assinar a declaração de Saúde.</p> |
| Agregados | - Sem aceitação | |
| Prestador de Serviço | - Com contrato de trabalho | <p>- Máximo de 30% para profissionais de tecnologia</p> <p>- Máximo de 15% para demais profissões</p> |
| Outros Funcionários oriundos: | - Até 29 beneficiários | <p>- Ata válida e estatuto ou FGTS</p> <p>- Cópia do RG do responsável pela assinatura do contrato</p> <p>- Cópia do CNPJ atualizado</p> <p>- Funcionários: constar na ata de assembleia</p> |
| Igrejas Associações Cooperativas Condomínios | - Acima de 29 beneficiários | <p>- Ata válida e estatuto</p> <p>- Cópia do RG do responsável pela assinatura do contrato</p> <p>- Cópia do CNPJ atualizado.</p> <p>- Funcionários: enviar relação do FGTS completa do mês anterior ao início de vigência do beneficiário e guia de recolhimento quitada em rede bancária</p> |

DOCUMENTAÇÃO (RAC)

ATÉ 29 VIDAS

- RAC PME (Relação de atualização Cadastral)
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO Via única - NotreDame Intermédica

Preenchimento: Dados do Titular

- Nome da empresa
- Plano desejado
- Nome completo do titular
- Data de nascimento
- CPF—Cadastro de Pessoas Físicas—beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- Endereço de residência completo (CEP, rua/ av., nº, bairro, município e UF)
- E-mail
- Telefones: celular, residencial e—ou contato
- Dados bancários (para produtos da linha Advance, Premium e Infinity)

Preenchimento: Dados do Dependente(s)

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF—Cadastro de Pessoas Físicas—beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- N° declaração nascido vivo (nascido a partir de jan/2010)

• CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

- **Beneficiário:**
 - Local e data
 - Nome completo do beneficiário titular
 - CPF do beneficiário titular
 - Assinatura do beneficiário titular (conforme demais assinaturas da proposta)
- **Intermediário Corretor:**
 - Local e data
 - Nome completo do corretor
 - CPF do corretor
 - Assinatura do corretor

• DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- **Preenchimento:**
 - Nome do completo do titular
 - Assinalar “N” ou “S” nas questões apresentadas (para todos os beneficiários)
 - Informar peso e altura (para todos os beneficiários)
 - Caso exista a informação “S” para alguma questão, informar: data, evento, descrição e esclarecimento
 - Assinatura do beneficiário titular (conforme demais assinaturas da proposta)

O cliente deverá ter ciência de que a omissão de fatos e/ou preenchimento incorreto da declaração de saúde poderá ser considerada(o) como conduta inaceitável, implicando na responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com assistências médica e hospitalar, além do cancelamento da proposta de adesão, a qualquer tempo

DOCUMENTAÇÃO (RAC)

A PARTIR DE 30 VIDAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

- FORMULÁRIO DE SAÚDE
A Empresa deverá preencher o formulário de saúde e o Representante Legal deve assinar
- RAC PME (Relação de atualização cadastral)
Preencher somente a página 1

Preenchimento: Dados do Titular

- Nome da Empresa
- Plano desejado
- Nome completo do titular
- Data de nascimento
- CPF—Cadastro de Pessoas Físicas—do beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- Endereço de residência completo (CEP, rua/av., nº, bairro, município e UF)
- E-mail
- Telefones: celular, residencial e ou contato
- Dados bancários (para produtos das Linhas Advance, Premium e Infinity).

Preenchimento: Dados do Dependente(s)

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF—Cadastro de Pessoas Físicas do próprio beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- CNS - Cadastro Nacional de Saúde
- N° Declaração nascido vivo (nascido a partir de jan/2010)

**EXISTE a opção de cadastro via arquivo,
deste modo, o preenchimento da planilha dispensa o envio da RAC.**

• PLANILHA DE PREENCHIMENTO (LAYOUT)

- Todos os campos devem ser preenchidos
- Não é permitido informar somente o telefone da empresa ou haver duplicidade de número de telefones
- O endereço deve ser de cada funcionário
- Todos os itens obrigatórios devem ser observados e a não informação resultará na devolução do contrato
- Deverá salvar com o número e nome da empresa
- Enviado para o e-mail: cadastropme@intermedica.com.br
- A proposta deverá ser protocolada na NotreDame Intermédica e comunicar que os beneficiários estão inclusos via planilha

O cliente deverá ter ciência de que a omissão de fatos e/ou preenchimento incorreto do formulário de saúde, poderá ser considerada(o) como conduta inaceitável, implicando na responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com assistências médica e hospitalar, além do cancelamento da proposta de adesão, a qualquer tempo

QUADRO DE CARÊNCIAS

| PRAZOS DE CARÊNCIAS PME | | CARÊNCIAS | | | | |
|-------------------------|---|-----------|---------------------------|----------------------------|----------|----------|
| | | CONTRATO | PADRÃO 2 a 10 VIDAS | PADRÃO 11 a 29 VIDAS | RED. 1 | RED. 2 |
| GRUPO | DESCRIÇÃO DO GRUPO | | | | | |
| 1 | Urgência ou Emergência | 24 HORAS | 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 | 15 DIAS | 15 DIAS | |
| 4 | Exames simples – Rede Própria | | 24 HORAS | 24 HORAS | 24 HORAS | |
| 5 | Exames simples – Rede Credenciada | 180 DIAS | 30 DIAS | 15 DIAS | 15 DIAS | |
| 6 | Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria | | 60 DIAS | 60 DIAS | 30 DIAS | |
| 7 | Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Credenciada | | 180 DIAS | 90 DIAS | 90 DIAS | |
| 8 | Demais procedimentos, exceto os grupo 10 e 11 - Rede Própria | | | 180 DIAS | 180 DIAS | |
| 9 | Demais procedimentos, exceto os grupo 10 e 11 - Rede Credenciada | 180 DIAS | 180 DIAS | | 120 DIAS | |
| 10 | Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/ hemodiálise, cirurgias refrativa e obesidade mórbida | | | | | |
| 11 | Partos a termo | | 300 DIAS | | | |
| 12 | Cobertura Parcial Temporária | | 720 DIAS | | | |
| 13 | Procedimentos Odontológicos | | 90 DIAS | | | |

CRITÉRIOS

Contrato = Acima de 58 anos para funcionários/ dependentes ou acima de 68 anos para sócios;

Padrão 2 a 10 vidas = Carência padrão para contratos de 2 a 10 vidas sem plano anterior.

Padrão 11 a 29 vidas = Carência padrão para contratos de 11 a 29 vidas sem plano anterior.

Red. 1 = De 06 a 12 meses de permanência para as linhas Advance, Premium ou Infinity a partir de 12 meses para a linha Smart.

- a) Linha Advance, Premium e Infinity: para planos compatíveis e participantes da lista de operadoras abaixo.
- b) Linha Smart: para planos oriundos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados.

Red. 2 = Acima de 12 meses de permanência:

Somente para a linha Advance, Premium ou Infinity: para planos planos compatíveis e participantes da lista de operadoras abaixo.

Não havendo compatibilidade será aplicada a redução 1.

OPERADORAS PARTICIPANTES

Linha Smart: operadoras/ seguradoras com registro na ANS e planos regulamentados.

Linha Advance, Premium ou Infinity: Allianz, Amil, Bradesco, Cabesp, Care Plus, Golden Cross, Lincx, Maritima, Medial, Mediservice, Omint, One Health, Porto Seguro, Sulamerica, Tempo, Unimed e auto gestões puras patrocinadas pelas empregadoras.

ACEITAÇÃO - EX-NOTREDAME INTERMÉDICA - EMPRESA

EMPRESA - Canceladas por inadimplência ou solicitação do cliente
(Ex-Intermédica) Aceitação após 90 dias e com débitos anteriores quitados = 100% comissão

- Canceladas por outros motivos
- Origem PME: após 180 dias do cancelamento
- Origem PJ: após 60 dias do cancelamento



Comissão normal

Todo ex-cliente necessita de análise prévia para a aceitação.

ACEITAÇÃO - EX-NOTREDAME INTERMÉDICA - BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIOS - Contrato com 100% de beneficiário Intermédica ou NotreDame ativo em qualquer produto NotreDame Intermédica = venda administrativa

- Contrato com 100% de EX-beneficiário PME Intermédica ou NotreDame no período de 90 a 180 dias do cancelamento = 100% comissão (ato da venda), necessário apresentar comprovante de demissão. Após 180 dias, comissão normal
- No período dos 90 dias paga-se comissão apenas para a vida nova

- Advindos de Produto Empresarial paga-se comissão após cancelamento
- Desde que o contrato seja assinado após cancelamento

- Advindos de produto PF ou ADESÃO = paga-se comissão no ATO da venda até dias 30 de cancelado*, acima de 30 dias comissão normal (para ADESÃO, permanência mínima de 06 meses)

*Desde que o contrato seja assinado após cancelamento.

PLANOS E ABRANGÊNCIAS

| Planos | Abrangência |
|----------------------|---|
| Smart 200 (SP) | Cubatão, Guarujá, Santos, São Vicente, Barueri, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu da Artes, Guarulhos, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo e Taboão da Serra |
| Smart 200 (Jundiaí) | Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista, Cajamar e Vinhedo |
| Smart 200 (Sorocaba) | Itu, Sorocaba e Votorantim |
| Smart 200 (Campinas) | Campinas |
| Smart 300 | Acrescentam-se: SP: Cabreúva, Bertioga, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, Hortolândia, Itatiba, Paulínia, Sumaré, Valinhos, Salto de Pirapora, Tatuí, Arujá, Cotia, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapeçerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista RJ: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Marica, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti |
| Smart 400 | Acrescentam-se: SP: Peruíbe, Atibaia, Bragança Paulista, Amparo, Itapira, Artur Nogueira, Cosmópolis, Holambra, Jaguariúna, Monte Mor, Pedreira, Aracoíaba da Serra, Boituva, Ibiúna, Ipero, Piedade, Porto Feliz, Salto e São Roque MG: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Lagoa Santa, Nova Lima, Ribeirão das Neves, Sabará, Vespasiano, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Ouro Branco e Sete Lagoas DF: Brasília, Brasilândia, Candangolândia, Ceilândia, Cruzeiro, Gama, guará, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho e Taguatinga. |

| | |
|-------------------|---|
| Smart 500 | Acrescentam-se: SP: São Sebastião, Americana, Santa Bárbara D'Oeste, Itapetininga, Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim, Piracicaba, Rio Claro, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bariri, Botucatu, São José do Rio Pardo, Registro, Presidente Epitácio, Presidente Prudente, Franca, Ribeirão Preto, Serrana, São José do Rio Preto, Indaiatuba, Votuporanga, Caçapava, Cachoeira Paulista, Campos do Jordão, Caraguatatuba, Guaratinguetá, Jacareí, Lorena, Pindamonhangaba, São José dos Campos, Taubaté, Ubatuba e Cruzeiro RJ: Santo Antônio de Pádua, Campos dos Goytacazes, Macaé, Angra dos Reis, Barra do Piraí, Barra Mansa, Resende, Três Rios, Volta Redonda, Araruama, Cabo Frio, Itaguaí, Paracambi, Petrópolis e Teresópolis. |
| Advance 600 e 700 | Nacional |
| Premium 800 e 900 | Nacional |
| Infinity 1000 | Nacional |
| Referência Basic | Nacional |

ACEITAÇÃO - VIGÊNCIA

O contrato terá início de vigência e vencimento da fatura mensal conforme data de protocolo da proposta na NotreDame Intermédica, estabelecida no quadro a seguir, e desde que toda documentação obrigatória, análise técnica e demais pré-requisitos estejam em conformidade com o estabelecido em contrato.

A VIGÊNCIA COMEÇA 15 DIAS APÓS A ASSINATURA

DIA DA VIGÊNCIA

| 15 Dias a partir da data de assinatura da proposta | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 31 |
|--|-------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Data de vencimento da contraprestação pecuniária (mensalidade) - conforme tabela ao lado | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 |
| Movimentação cadastral | 15 | 20 | 25 | 1 | 5 | 10 |

A proposta poderá ser recusada e devolvida nas seguintes situações:

- NÃO ENTREGUE EM ATÉ 72 HORAS APÓS ASSINATURA
- Irregularidade nas documentações apresentadas e/ou Recusa Administrativa
- Falta de Elegibilidade, de acordo com a RN 195
- Dificuldade de contato com os beneficiários
- Falta de preenchimento dos campos obrigatórios
- Empresas definidas como fora da regra de aceitação

A proposta deverá ser pelo corretor na operadora até 72h da data de assinatura. Caso a proposta seja protocolada pelo corretor na operadora, após este período, ou seja desenvolvida para regularização, a vigência se dará em até 15 dias após a data do novo protocolo.

Dicas para evitar a devolução de contratos

- Preencha o check list presente na proposta de adesão
- Preencha corretamente todos os campos sem- rasuras
- Informe o Nome da Mãe de todos os beneficiários
- Informe o CPF do titular e dos dependentes quando maiores de 18 anos
- informe o n° do Cartão Nacional de Saúde
- Anexe as cópias dos documentos obrigatórios
- Confira a quantidade de vidas e valores da contratação
- A assinatura do beneficiário deve ser igual em todos os formulários (conforme documento enviado)
- Verifique se os planos foram assinalados corretamente
- Preencha sempre os telefones de contato e endereço pessoal dos beneficiários
- A declaração de Saúde não pode ter rasuras
- Informe a existência de doenças e lesões preexistentes
- Informe corretamente o peso e altura dos beneficiários
- Anexe todos os documentos necessários para a redução de carência
- Filhos dependentes somente até 39 anos, 11 meses e 29 dias, ou seja, quando completarem 40 anos serão cancelados
- Quando se tratar de aceitação de igrejas, associações, atente-se para a assinatura do presidente e do tesoureiro

Importante: Caso tenha dúvida, entre em contato com a sua regional de vendas

EXEMPLOS DE REEMBOLSO

| | Advance 600 | Advance 600 | Advance 700 | Advance 700 | Premium 800.1 | Premium 900.1 | Infinity 1000.1 |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|-----------------|
| | QC | QP | QC | QP | QP | QP | QP |
| CONSULTA | 75,00 | 75,00 | 75,00 | 75,00 | 140,00 | 240,00 | 400,00 |
| PARTO CESARIANA | 1.000,00 | 2.000,00 | 1.000,00 | 2.000,00 | 3.500,00 | 5.000,00 | 7.000,00 |
| US - OBSTETRÍCIA | 68,95 | 68,95 | 68,95 | 68,95 | 128,71 | 220,64 | 275,80 |
| HEMOGRAMA | 9,32 | 9,32 | 9,32 | 9,32 | 17,40 | 29,83 | 37,29 |
| TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA | 290,51 | 290,51 | 290,51 | 290,51 | 435,76 | 653,64 | 871,52 |



COBERTURAS NOVO PORTFÓLIO

| Novo portfólio | Referência (***) | SMART 200 | SMART 300 | SMART 400 |
|--|---|---|---|---|
| Abrangência | Regional | Local | Regional | Regional |
| Acomodação | Enfermaria | Enfermaria | Enfermaria | Enfermaria/Apartamento |
| Assistência em viagem | Não | Não | Não | Não |
| Reembolso no exterior | Não | Não | Não | Não |
| Clube de vantagens e benefícios | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Consulta sessão de nutrição com DUT | 12 sessões | 12 sessões | 12 sessões | 12 sessões |
| Consulta sessão de terapia ocupacional com DUT | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões |
| Sessão de psicoterapia individual com DUT | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões |
| Consulta sessão de fonoaudiologia com DUT | Mínimo 24 sessões/ Máximo 48 sessões | Mínimo 24 sessões/ Máximo 48 sessões | Mínimo 24 sessões/ Máximo 48 sessões | Mínimo 24 sessões/ Máximo 48 sessões |
| Escleroterapia | Não | Não | Não | Não |
| RPG com justificativa médica | Não | Não | Não | Não |
| Cirurgia de miopia | De grau -5,0 a -10,0 ¹ | De grau -5,0 a -10,0 ¹ | De grau -5,0 a -10,0 ¹ | De grau -5,0 a -10,0 ¹ |
| Cirurgia de hipermetropia | Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ |
| Transplantes | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) |
| Programa de Imunização - vacinas** | Não | Não | Não | Não |
| Programa de Imunização - vacinas vianjante** | Não | Não | Não | Não |
| 2ª opinião médica | Não | Não | Não | Não |
| Coleta domiciliar** | Não | Não | Não | Não |
| Teste de incompatibilidade alimentar | Não | Não | Não | Não |
| Reembolso de consultas e exames simples | Não | Não | Não | Não |
| Reembolso demais procedimentos | Não | Não | Não | Não |
| Hidroterapia | Não | Não | Não | Não |
| Psicomotricidade | Não | Não | Não | Não |
| Aconselhamento médico telefônico | Não | Não | Não | Não |
| Checkup titulares** | Não | Não | Não | Não |
| Centro de oncologia | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Medicina preventiva | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Courrier | Não | Não | Não | Não |

1) Com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

2) Reembolso limitado ao valor do plano contratado.

3) Vacinas em domicílio plano Infinity.

4) SLA do prestador 48 h.

5) Limitado a 2 retiradas / mês.

6) Disponível na cidade de São Paulo.

| SMART 500 | ADVANCE 600 | ADVANCE 700 | PREMIUM 800 | PREMIUM 900 | INFINITY 1000 |
|--|--|--|--|--|--|
| Regional | Nacional | Nacional | Nacional | Nacional | Nacional |
| Enfermaria/Apartamento | Enfermaria/Apartamento | Enfermaria/Apartamento | Apartamento | Apartamento | Apartamento |
| Não | Nacional | Nacional | Nacional/Internacional € 30.000 - Europa \$ 30.000 - demais países | Nacional/Internacional € 30.000 - Europa \$ 60.000 - demais países | Nacional/Internacional € 30.000 - Europa \$ 100.000 - demais países |
| Não | Sim ² | Sim ² | Sim ² | Sim ² | Sim ² |
| Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| 12 sessões | 12 sessões | 12 sessões | 20 sessões independente de DUT | 20 sessões independente de DUT | 60 sessões independente de DUT |
| Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | 40 sessões independentemente de DUT | 40 sessões independentemente de DUT | 60 sessões independente de DUT |
| Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | Mínimo 12 sessões/ Máximo 40 sessões | 40 sessões independentemente de DUT | 40 sessões independentemente de DUT | 60 sessões independente de DUT |
| Mínimo 24 sessões/ Máximo 48 sessões | Mínimo 24 sessões/ Máximo 48 sessões | Mínimo 24 sessões/ Máximo 48 sessões | 48 sessões independente de DUT | 48 sessões independente de DUT | 60 sessões independente de DUT |
| Não | Não | Não | 10 sessões* | 18 sessões* | 25 sessões* |
| Não | 12 sessões* | 12 sessões* | 15 sessões* | 30 sessões* | 40 sessões* |
| De grau -5,0 a -10,0 ¹ | De grau -5,0 a -10,0 ¹ | De grau -5,0 a -10,0 ¹ | De grau -5,0 a -10,0 ¹ | Acima do -3,0* | Sem limite de grau* |
| Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ | Até grau 6,0 ¹ |
| Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) Coração e Pulmão**** | Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) Coração e Pulmão**** | Rim, Córnea, Medula (autólogo e heterólogo), Coração, Pâncreas, Fígado e Pulmão**** |
| Não | Não | Não | Não | Sim | Sim ³ |
| Não | Não | Não | Não | Não | Sim ³ |
| Não | Não | Não | Não | Internacional | Internacional |
| Não | Não | Não | Não | Sim ⁴ | Sim ⁴ |
| Não | Não | Não | Não | Não | Sim ⁶ |
| Não | 7 dias úteis | 7 dias úteis | 5 dias úteis | 5 dias úteis | 3 dias úteis |
| Não | 30 dias | 30 dias | 10 dias úteis | 10 dias úteis | 10 dias úteis |
| Não | Não | 10 sessões* | 15 sessões* | 30 sessões* | 40 sessões* |
| Não | Não | 10 sessões* | 15 sessões* | 30 sessões* | 40 sessões* |
| Não | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Não | Não | Não | Não | Não | Sim |
| SIM | diferenciado | diferenciado | diferenciado | diferenciado | diferenciado |
| Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Não | Não | Não | Não | Não | Sim ⁵ |

* Diferencias do ROL. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro nos prestadores indicados ou reembolso e nas demais praças por reembolso.

** Somente nos prestadores indicados pela NotreDame Intermédica. Disponível em São Paulo e Rio de Janeiro.

**** Plano Referência (Disponível nas modalidades de contratação: Coletivo Empresarial / Coletivo por Adesão / Individual Familiar): plano que assegura cobertura assistencial, no regime de atendimento médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação enfermaria, relacionada às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as exigências mínimas garantidas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98.

***** Transplantes Rol e extra Rol: nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro nos prestadores indicados pela NotreDame Intermédica.

