

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão



Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADESÃO** é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação, normativos regulatórios e em contrato de adesão assinado com a Administradora de Benefícios e a Operadora, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica. O Beneficiário titular é quem possui o vínculo com uma das pessoas jurídicas definidas no art. 9º da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Unimed Norte/Nordeste – Federação Interfederativa das Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico, registrada na ANS sob o número 324213, que proporciona novas opções de qualidade no mercado de saúde suplementar das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Sua atuação é voltada para a melhoria da qualidade de vida de seus beneficiários.



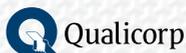
ANS nº 324213

ENTIDADE

A Entidade é a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial que representa a população a ela vinculada e que contratou a Qualicorp como sua Administradora de Benefícios para defender os interesses dos Beneficiários perante a Operadora. A Entidade a que o Beneficiário está vinculado é aquela indicada no contrato de adesão e, portanto, quem legitima seu ingresso e permanência no plano.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Unimed Norte/Nordeste, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.



ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, que possui uma forma de contratação própria e obedece a regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Essa modalidade de plano destina-se a atender a um grupo de pessoas que, assim como você, faz parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma Entidade de Classe.

A Qualicorp é a Administradora de Benefícios responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela quem contratou o plano junto à Operadora e o disponibilizou a você, por meio de um convênio com a sua Entidade.

Ao reunir os beneficiários em grupos, em parceria com a sua Entidade de Classe, a Qualicorp consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

- É contratado por uma Administradora de Benefícios junto a uma Operadora de Saúde e disponibilizado ao Beneficiário por meio de convênio com uma Entidade de Classe profissional, classista ou setorial que representa esse beneficiário.
- Também pode ser contratado diretamente por uma Entidade de Classe junto à Operadora, sem a participação da Administradora de Benefícios.
- Em ambos os casos, os beneficiários dos planos coletivos por adesão são as pessoas que mantêm vínculo com a Entidade.
- No caso do plano coletivo por adesão que você adquiriu, o benefício foi contratado por uma Administradora: a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e estar vinculado a alguma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial que ofereça esse tipo de benefício.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Pode ser acordada entre o beneficiário e a Administradora de Benefícios.
- A partir da vigência, será encaminhada a cobrança do valor mensal do benefício contratado, na forma autorizada pelo beneficiário no Contrato de Adesão.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora ou Entidade).
- Em caso de inadimplência do beneficiário, perda da elegibilidade ou se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- A Operadora de Saúde estabelece o reajuste anual com base na variação dos custos médicos e o comunica à Administradora de Benefícios. A Qualicorp Administradora, na condição de representante dos interesses dos beneficiários e das Entidades, negocia com a Operadora o melhor índice possível, visando preservar o equilíbrio econômico do benefício e garantir a qualidade do atendimento. Após isso, a Operadora deve informar o percentual aplicado à ANS.

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

- É contratado diretamente por pessoas físicas junto a uma Operadora de Saúde.
- Quando incluir dependentes, é denominado plano familiar.
- Nesse tipo de contratação, o beneficiário não conta com uma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial na representação e na defesa dos seus direitos.
- Não há o apoio de uma Administradora de Benefícios, como a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e contratar o plano diretamente com a Operadora de Saúde.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Dá-se a partir da assinatura da proposta de adesão.
- Ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Nos casos de inadimplência do beneficiário por mais de 60 dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.
- Se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- O reajuste anual é definido pela ANS, que autoriza a aplicação do mesmo diretamente pela Operadora de Saúde.

Prezado(a) Beneficiário(a),

Você contratou um plano de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características obedecem às resoluções e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este Manual foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições estabelecidas no seu Contrato de Adesão e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção e eventual cancelamento do seu plano. Aqui você encontra todos os seus direitos e obrigações.

Para sua comodidade, verifique no sumário da próxima página as divisões deste Manual por assunto e identifique no(s) anexo(s) qual o plano que você contratou e as suas características específicas.

Seja bem-vindo(a)!

Qualicorp Administradora de Benefícios



Sumário

CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios _____ pág. 07
02. A contratação coletiva do plano de saúde _____ pág. 10
03. Formas de utilização do plano de saúde _____ pág. 14
04. Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 18
05. Exclusões de cobertura _____ pág. 34
06. Validação prévia de procedimentos _____ pág. 37
07. Carências _____ pág. 40
08. Cobertura parcial temporária _____ pág. 43
09. Alterações cadastrais _____ pág. 46
10. Pagamento _____ pág. 53
11. Reajustes _____ pág. 56
12. Exclusão, suspensão, cancelamento e
nova adesão ao plano de saúde _____ pág. 58

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Plano Coletivo por Adesão Enfermaria _____ pág. 63

Anexo II: Plano Coletivo por Adesão Apart _____ pág. 67

Anexo III: Plano Coletivo por Adesão _____ pág. 71

Anotações _____ pág. 76

Use bem, use sempre _____ contracapa

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Norte/Nordeste.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA UNIMED NORTE/NORDESTE, AGORA VOCÊ CONTA COM O APOIO DA QUALICORP, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS JURÍDICAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COLETIVOS POR ADESÃO, À POPULAÇÃO VINCULADA A ELAS.

A Qualicorp idealizou, criou e implantou o projeto de plano de assistência à saúde coletivo por adesão, projeto que tem como principal objetivo oferecer a Entidades (Pessoas Jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial), e à população elegível por essas mesmas Entidades, o benefício de assistência à saúde suplementar, por meio de apólices e contratos com Operadoras de planos de saúde renomadas e pelo menor preço possível.

Neste caso, a Unimed Norte/Nordeste analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas no contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido com a Qualicorp, cujas condições contratuais ora estão reproduzidas neste Manual.

A Entidade a que está vinculado o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme aos interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

Este projeto compreende, ainda, dentro de sua ampla concretização, propiciar e conferir aos beneficiários um resultado final, consistente numa assistência eficaz à saúde, com pronto e eficiente atendimento. Para tanto, inserem-se aqui diversos serviços que são inerentes à atividade exercida pela Qualicorp como Administradora de Benefícios e na qualidade de contratante, conforme normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre esses serviços, estão:

- A. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

- B. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;
- C. Movimentação cadastral;
- D. Conferência de faturas;
- E. Cobrança aos beneficiários;
- F. Atendimento aos beneficiários para questões administrativas;
- G. Distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp que estão à sua disposição, confira os dados a seguir.

CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

CENTRAL DE SERVIÇOS

Use a Central de Serviços para fazer alterações cadastrais e tratar de outras questões específicas do seu plano: cobranças, solicitações, dúvidas etc.

Capitais e regiões metropolitanas: **4004-4400**

Demais regiões: **0800-16-2000**

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 7 às 22h, e aos sábados, das 8 às 16h.

SAC

Use o SAC para obter informações institucionais sobre a Qualicorp, fazer sugestões, elogios, reclamações ou cancelamentos.

Todo o Brasil: **0800-779-9002**

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo
(11) 3016-8836

Outras localidades:
4002-8877 (capitais e regiões metropolitanas)
(11) 4002-8877 (demais regiões)

CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL*

São Paulo
Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1.º andar
Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01313-020
Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados)

**Informe-se também sobre a existência, em sua Entidade, de Postos de Atendimento da Qualicorp.*

OUVIDORIA

ouvidoria@qualicorp.com.br

CORREIO

Caixa Postal 65155
São Paulo – SP – CEP 01318-970

INTERNET

Portal de Serviços: **www.qualicorp.com.br**
(para entrar em contato com a Qualicorp, veja especialmente a página **www.qualicorp.com.br/faleconosco**)

Esses canais não substituem nem invalidam os canais de atendimento da Unimed Norte/Nordeste. Pelo contrário, são estruturas que coexistem para você ter mais conveniência e conforto na utilização do seu plano de saúde.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE, COLETIVO POR ADEÇÃO, CELEBRADO COM A UNIMED NORTE/NORDESTE FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI Nº 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI Nº 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI Nº 10.741/03) E COM BASE NA LEI Nº 9.656/98 E NAS NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), QUE REGULAMENTAM OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Trata-se de um contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Unimed Norte/Nordeste e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Unimed Norte/Nordeste – Federação Interfederativa das Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico. (ANS n.º 324213)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

Atenção

A contratação do plano de saúde pelos beneficiários é feita através do Contrato de Adesão (a “Proposta”), observadas as regras e condições nele dispostas, que estão reproduzidas e mais bem detalhadas neste Manual.

Para todos os planos deste contrato coletivo, os serviços serão prestados pela Unimed Norte/Nordeste, através de seus médicos cooperados, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou contratados, bem como pelas cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, em todos os municípios onde elas exerçam ou venham a exercer atividade, conforme as condições contratuais do plano contratado pelo beneficiário.

Quando os serviços não forem prestados na abrangência geográfica desta Unimed Norte/Nordeste, mas sim por uma cooperativa Unimed porventura existente onde se encontrar o beneficiário, o atendimento será prestado sempre de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento local, conforme as condições contratuais do plano contratado pelo beneficiário.

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de saúde.

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido inscritos por ele no benefício:

A contratação coletiva do plano de saúde

- Cônjuge ou companheiro(a);*
- Filho(a) e enteado(a) solteiro(a) até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se estudante universitário, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;*
- Filho(a) inválido(a) de qualquer idade;*
- Menor de idade que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.*

** Superadas as condições de adesão (exemplos: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que seja solteiro e com idade de 24 (vinte e quatro) anos incompletos.*

2.2. VIGÊNCIA DO CONTRATO COLETIVO

O prazo de vigência define o período em que vigorará o contrato coletivo.

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Norte/Nordeste vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, por qualquer das partes, seja pela Unimed Norte/Nordeste ou pela Qualicorp.

2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Norte/Nordeste poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Unimed Norte/Nordeste ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.3. CATEGORIA DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 3 (três) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
Coletivo por Adesão Enfermaria	471.415/14-6
Coletivo por Adesão Apart	471.416/14-4
Coletivo por Adesão	464.713/11-1

Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores cooperados e credenciados da Unimed Norte/Nordeste, que acompanha este Manual, bem como pela sua segmentação assistencial e seu padrão de acomodação em caso de internação. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

TANTO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS), PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E OBSTÉTRICAS), QUANTO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, O BENEFICIÁRIO CONTA COM DUAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO, CONFORME INDICADO, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

3.1. O SISTEMA NACIONAL UNIMED

É o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, Pessoas Jurídicas entre si, com autonomia administrativa, comercial e financeira. Na rede de médicos cooperados do Sistema Nacional Unimed, bem como nos estabelecimentos pertencentes à rede credenciada do Sistema Nacional Unimed, o atendimento não demanda nenhum tipo de pagamento ao prestador do serviço por parte do beneficiário.

Para utilizar corretamente o Sistema Nacional Unimed, consulte sempre o *Guia Médico* da Rede Credenciada e tenha em mãos o seu cartão de identificação personalizado.

Cartão de identificação

A Unimed Norte/Nordeste disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado, que facilita o acesso aos serviços do Sistema Nacional Unimed. O cartão é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual. A renovação do cartão é anual e automática.



03.

Formas de utilização do plano de saúde

Guia Médico

É disponibilizado ao beneficiário, pela Unimed Norte/Nordeste, o *Guia Médico*, no site <http://www.unimednne.com.br/guia-medico>, do qual constam os serviços médicos cooperados e credenciados pela Operadora em sua área de abrangência.

3.1.1. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte o *Guia Médico* da Rede Unimed e escolha o prestador cooperado ou credenciado, de acordo com a modalidade da rede de atendimento contratada do seu plano;
2. Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
3. No dia marcado, dirija-se ao local de atendimento, munido de seu cartão de identificação válido da Unimed Norte/Nordeste e de sua cédula de identidade (RG). Caso você não esteja de posse de seu cartão de identificação, dirija-se a um posto de atendimento da Unimed local, setor intercâmbio, e solicite autorização de consulta avulsa (guia de substituição do cartão) ou acesse o site da operadora www.unimednne.com.br na área do beneficiário e retire sua declaração provisória, a qual contém todas as informações necessárias ao seu atendimento na rede prestadora de intercâmbio ou direta.

3.1.2. COMO REALIZAR EXAMES

1. Consulte o Guia Médico da Rede Unimed Norte/Nordeste ou Unimed locais, e escolha o laboratório credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano;
2. Tendo em mãos a solicitação do prestador, preenchida em formulário próprio, verifique a necessidade de validação prévia da Unimed Norte/Nordeste para a realização do procedimento, informando o local onde será feito o exame;
3. No dia marcado, dirija-se ao local do atendimento, munido da autorização para os exames, além de seu cartão de identificação válido da Unimed Norte/Nordeste e de sua cédula de identidade (RG).

Formas de utilização do plano de saúde

Atenção

Excetuando-se alguns casos específicos, a realização de exames está condicionada à validação prévia da Unimed Norte/Nordeste. Beneficiários que estejam fora da área de abrangência da Operadora podem solicitar validação prévia através da Unimed de sua cidade ou região. Para conhecer as regras gerais de validação prévia de exames, consulte o item 6.1. (“Serviços auxiliares de diagnose e terapia”), deste Manual.

3.1.3. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

1. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado entregará a você a solicitação de internação, transcrita em formulário próprio do Sistema Unimed;
2. Entregue a solicitação diretamente à Unimed local em que você se encontra, no setor de intercâmbio, para obter a senha de internação. Quando a senha for liberada, você receberá a guia de internação da Unimed local em conformidade com a Unimed Norte/Nordeste;
3. Prazos para liberação de senhas: até 48 (quarenta e oito) horas para os serviços simples e até 10 (dez) dias para os serviços complexos com materiais especiais;
4. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da guia de internação e também de seu cartão de identificação válido da Unimed Norte/Nordeste e de sua cédula de identidade (RG).

3.1.4. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

1. Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Para auxílio, consulte o *Guia Médico* da Unimed Norte/Nordeste ou ligue para a Central de Atendimento 24 Horas da Operadora: **0800-722-6090**;
2. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido da Unimed Norte/Nordeste e de sua cédula de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

No caso de internação de urgência ou emergência, a autorização deverá ser solicitada de imediato ou em até, no máximo, 2 (dois) dias úteis após o atendimento.

3.2. ATENDIMENTO PARA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, FORA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED

No caso de urgência ou emergência comprovada, desde que em trânsito, ocorrida em localidades onde não existam prestadores do Sistema Nacional Unimed, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não pertencentes ao Sistema Nacional Unimed, solicitando posteriormente, após pagar pelo atendimento, o reembolso de despesas, de acordo com as condições e limites do plano contratado.

Veja como proceder:

1. Mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed ou credenciado direto da operadora, estas informações constam do site da própria Unimed Norte Nordeste www.unimednne.com.br;
2. Caso efetivamente a localidade não possua um prestador pertencente à Operadora Unimed Norte Nordeste, dirija-se a um prestador local para que o atendimento seja realizado;
3. Após pagamento pelos serviços prestados solicite um relatório médico que justifique o atendimento, bem como os recibos e/ou notas fiscais quitadas, no original, com a discriminação de cada um dos procedimentos realizados;
4. Para saber mais sobre o reembolso, exclusivamente nos casos de urgência e emergência, consulte o item 4.1.4. ("Emergências e urgências") deste Manual.

Atenção

O atendimento aos beneficiários fora da área de abrangência da Unimed Norte/Nordeste será realizado pelas demais cooperativas pertencentes ao Sistema Nacional Unimed. Nesse caso, o beneficiário deve respeitar as regras operacionais e de atendimento da Unimed da localidade.

Coberturas e procedimentos garantidos

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), PARA A SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDADA NO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, PARA TODAS AS DOENÇAS DA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE* (CID-10), DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviço de saúde.
- Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológista, caso haja indicação clínica, respeitando-se o critério de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.
- Atendimento nos casos de planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal:
 - a. anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade. Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo;

Coberturas e procedimentos garantidos

- b. atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
 - c. aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto;
 - d. atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção;
 - e. sulfato de Dehidroepiandrosterona (SDHEA); e
 - f. concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto.
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
 - Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
 - Cobertura de todos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, quando elas constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente

Coberturas e procedimentos garantidos

à época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), e a segmentação contratada.

- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidente de trabalho.
- Cobertura dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais, que terão cobertura igualmente assegurada para sua remoção e/ou retirada.

Atenção

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato coletivo, como, por exemplo, a internação em leito de terapia intensiva após a realização de transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas sim parte integrante do procedimento inicial, não recebendo, portanto, cobertura por este contrato coletivo.

Os procedimentos realizados por *laser*, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias* somente terão cobertura assegurada quando assim forem especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.

** Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.*

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM), em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.
- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.
- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.
- Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).
- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro do estabelecimento de saúde.

Coberturas e procedimentos garantidos

Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

- Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de hemoterapia ambulatorial.
- Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalares, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, realizadas em estabelecimentos habilitados pela vigilância sanitária para prestar atendimento ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde que possua a devida competência.

Atenção

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.

- Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do beneficiário, durante o período de internação.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar do beneficiário, quando indicado pelo médico assistente.
- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Unimed Norte/Nordeste, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Unimed Norte/Nordeste, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, sendo as despesas arcadas pela Operadora.

- Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.
- Cobertura das despesas relativas a um acompanhante do beneficiário, que incluem:
 - a) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista, necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo hospital;

Coberturas e procedimentos garantidos

- b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, e de portadores de deficiências. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo hospital.

A cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, “e”, da Lei n.º 9.656/1998).

Atenção

Não há cobertura para remoção residencial e/ou domiciliar, nem para deslocamentos que não sejam vinculados ao estabelecimento hospitalar.

- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.

Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou médico assistente avaliarão e justificarão a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

Não estão incluídos na cobertura deste contrato coletivo os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar.

- Cobertura da cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
- Cobertura da cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, observadas suas Diretrizes de utilização.
- Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
 - A. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - B. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - C. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - D. Hemoterapia;
 - E. Nutrição parenteral ou enteral;
 - F. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - G. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - H. Radiologia intervencionista;

Coberturas e procedimentos garantidos

- I. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- J. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- K. Acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), dos beneficiários pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, excetuando-se o fornecimento de medicação de manutenção.
 - Cobertura para transplantes de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
 - A. As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da Operadora;
 - B. Os medicamentos utilizados durante a internação;
 - C. O acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - D. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS):
 - a. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico legislação vigente do Ministério da Saúde que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).
 - b. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
 - I. determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
 - II. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

As despesas assistenciais com doadores vivos, referidas anteriormente, somente serão cobertas pela Unimed Norte/Nordeste quando o candidato ao transplante de órgão for beneficiário da Operadora.

O beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador-cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente.

- Cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico assistente do beneficiário a sua indicação.
- Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização da ANS.

Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais como o recurso, intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos, por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

Além de todas as coberturas citadas anteriormente, no item 4.1.2. (“Cobertura hospitalar”), ficam acrescidos os itens a seguir:

- Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela beneficiária gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha a substituí-la.

Entende-se o pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias após o parto, quando indicado pelo médico assistente.

Atenção

Os casos de clínica médica de urgência, salvo quando em período de carência ou Cobertura parcial temporária (CPT), serão cobertos se solicitados pelo médico assistente. Estarão cobertos os honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos referentes às especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e realizados durante a internação. Tais procedimentos incluem os serviços prestados pelo médico assistente ou cirurgião, auxiliares, anestesistas e instrumentadores previstos pela Unimed Norte/Nordeste.

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

- A partir do início de vigência do beneficiário, e respeitadas as carências estabelecidas no contrato, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela ANS para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

Urgência é o evento resultante de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos no contrato, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- Nos casos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a beneficiária terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- Nos casos de emergência e urgência, quando houver acordo para Cobertura parcial temporária (CPT), o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP).
- A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP), ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção, quando necessária por indicação médica, para outra unidade credenciada ou para o SUS, quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede cooperada ou credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.
- Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

4.1.4.1. Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência

Para solicitar o reembolso, entre em contato diretamente com a Operadora, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do evento ou da alta hospitalar.

A importância a ser reembolsada, exclusivamente pela Operadora, será depositada na conta-corrente informada, para esse fim, no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. O titular da conta-corrente fornecida deve ser necessariamente o beneficiário titular do plano contratado.

Desde que os passos indicados sejam rigorosamente cumpridos, ou seja, desde que seja apresentado relatório médico justificador, acompanhado dos recibos e notas fiscais de despesas, no original, com respectivos discriminativos e liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias do evento ou alta hospitalar, a Operadora assegurará o reembolso de despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo beneficiário.

Salienta-se que o reembolso será feito apenas em casos de urgência e emergência comprovada, exclusivamente quando não for possível a utilização da assistência própria ou contratada pelo Sistema Nacional Unimed, observando-se para tal as coberturas asseguradas pelo plano contratado pelo beneficiário.

A Operadora não se responsabiliza pelo reembolso de nenhum serviço utilizado fora daqueles pertinentes ao contrato coletivo e adequados ao plano em que estiver inscrito o beneficiário, quer os serviços de natureza médica e hospitalar, quer os exames complementares e serviços auxiliares de diagnose.

Coberturas e procedimentos garantidos

O reembolso deverá ser solicitado no prazo de 1 (um) ano a contar da data de realização do evento, devendo para tanto preencher o formulário apresentado pela Unimed Norte/Nordeste e os documentos apresentados a seguir conforme cada caso.

4.1.4.2. Documentos necessários para reembolso de despesas

Para solicitar o reembolso de despesas médico-hospitalares, nos casos de urgência e emergência previstos neste contrato coletivo, o beneficiário deverá apresentar à Unimed Norte/Nordeste documentos comprobatórios do atendimento prestado. Os principais documentos e informações necessários para solicitar o reembolso de despesas são os seguintes:

Reembolso de Procedimentos/Eventos Cirúrgicos:

- Apresentação de Relatório preenchido em papel timbrado do hospital ou clínica, com Procedimentos codificados com as devidas indicações clínicas, assinado e carimbado pelo médico assistente, justificando o tratamento realizado.

Quando prestador for:

- Pessoa Física (PF) - Recibo original (quitado) com o nome do paciente, data do evento, e é necessário anexar o relatório médico mencionado acima. Anexar Laudo do exame Anátomo-Patológico (se houver).
- Pessoa Jurídica (PJ) - Nota Fiscal de Serviços do prestador (quitada), constando o nome do paciente, data do evento, e é necessário anexar o relatório médico mencionado acima. Anexar Laudo do exame Anátomo-Patológico (se houver).

Reembolso de Despesas Hospitalares:

- Apresentação de Relatório Médico preenchido em papel timbrado do hospital constando o procedimento principal realizado com as devidas indicações clínicas, assinado e carimbado pelo médico assistente, justificando o tratamento realizado com informações do tempo de permanência no hospital.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Apresentar Conta hospitalar discriminada, incluindo relação de materiais, medicamentos, diárias, taxas, aluguéis de equipamentos e exames efetuados (é necessário apresentar a solicitação médica de cada exame), valores individualizados item a item.
- Nota Fiscal de Serviços do prestador (quitado), constando o nome do paciente, data do evento, e é necessário anexar o relatório médico mencionado acima. Anexar Laudo do exame Anátomo-Patológico (se houver).

Documentação Pessoal necessária:

- Original do Formulário de Reembolso da Unimed Norte/Nordeste devidamente preenchido e assinado pelo titular;
- Cópia de RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do Cartão do Plano de Saúde Unimed Norte/Nordeste;
- Cópia do comprovante de residência;
- Cópia do comprovante bancário (Ex.: Cópia do cartão do Banco (parte da frente));
- *E-mail*; e
- Telefone.

04. Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

As coberturas referidas no item 4.1.4. (“Emergências e urgências”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o Plano Coletivo por Adesão. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

Para todos os itens deste capítulo, deverão ser observadas as carências descritas no capítulo 7 (“Carências”) deste Manual. Para Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados a Doenças ou lesões preexistentes (DLP) informadas na Declaração de Saúde, deverá ser observado o capítulo 8 (“Cobertura parcial temporária”) deste Manual.

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTES PLANOS DE SAÚDE AS
DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

- 5.1. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- 5.2. Atendimento médico domiciliar;
- 5.3. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 5.4. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 5.5. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 5.6. Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 5.7. Cirurgias para mudanças de sexo;
- 5.8. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 5.9. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
- 5.10. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.11. Inseminação artificial;
- 5.12. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

05. Exclusões de cobertura

- 5.13. Tratamento em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de Repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e Clínicas de Idosos;
- 5.14. Tratamento esclerosante de varizes;
- 5.15. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.16. Fornecimento de materiais, órteses e próteses importados não nacionalizados, mesmo que ligados ao ato cirúrgico;
- 5.17. *Check-up*;
- 5.18. Aviamento de óculos (armação e lentes), aparelhos de amplificação sonora individual, aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza e seus acessórios, salvo aquelas ligadas ao ato cirúrgico e que estejam devidamente certificadas e registradas na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.19. Transplantes, implantes, procedimentos e exames específicos necessários à realização dos mesmos, inclusive despesas de qualquer natureza com doadores, exceção feita aos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data de realização do procedimento e/ou evento;
- 5.20. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 5.21. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e
- 5.22. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declarados pela autoridade competente;

05. Exclusões de cobertura

- 5.23. Aplicação de vacinas preventivas;
- 5.24. Necropsias, Medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.25. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.26. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 5.27. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Validação prévia de procedimentos

A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS A SEGUIR DEPENDERÁ DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DA UNIMED NORTE/NORDESTE, MEDIANTE AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO MÉDICO E DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

6.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Todos os exames, tratamentos e procedimentos relacionados abaixo somente serão realizados mediante pedido por escrito do médico assistente cooperado:

- Análises clínicas
- Eletrocardiograma convencional
- Eletroencefalograma convencional
- Endoscopia diagnóstica realizada em consultório
- Exames e testes alergológicos
- Exames e testes oftalmológicos
- Exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringostroboscopia computadorizada
- Exames radiológicos simples sem contraste
- Histicitopatologia
- Inaloterapia
- Prova de função pulmonar
- Teste ergométrico

Os exames seguintes serão realizados mediante pedido por escrito do médico assistente cooperado e exigem validação prévia da Operadora:

- Acupuntura

Validação prévia de procedimentos

- Angiografia
- Arteriografia
- Cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada
- Densitometria óssea
- Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com *doppler* colorido
- Eletrocardiografia dinâmica (*holter*), monitorização ambulatorial de pressão arterial
- Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral
- Eletromiografia e eletroneuromiografia
- Endoscopias que não possam ser realizadas em consultório
- Exames de análises clínicas pelo método de pesquisa P.C.R. e exames histocitopatológicos por histoquímica, hibridização molecular e pesquisa de anticorpos Anti-HTLV III (HIV) – Western Blot
- Fisioterapia
- Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)
- Litotripsia
- Medicina nuclear
- Mielografia
- Quimioterapia e radioterapia
- Radiologia com contraste, radiologia intervencionista e neurorradiologia
- Ressonância nuclear magnética
- Tomografia computadorizada
- Transfusão de sangue e hemoderivados
- Ultrassonografia, perfil biofísico fetal e tococardiografia

Validação prévia de procedimentos

Atenção

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para outros exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Unimed Norte/Nordeste.

6.2. INTERNAÇÕES

Internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas deverão ser solicitadas previamente. Nos casos de internações de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data da internação, para providenciar a respectiva solicitação de internação.

6.3. REMOÇÕES

Não serão cobertas despesas de remoção sem a prévia e expressa validação da Unimed Norte/Nordeste.

Como solicitar validação prévia

Entre em contato com a Unimed Norte/Nordeste, por telefone, pessoalmente ou pelo site www.unimednne.com.br:

Unimed Norte/Nordeste

0800-722-6090 (Central 24 Horas)

(83) 3048-2500

Av. Josefa Taveira, 53

Mangabeira – João Pessoa – Paraíba

CEP 58055-000

Caso necessite de apoio, entre em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento indicados no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

07.

Carências

CARÊNCIAS SÃO OS PERÍODOS NOS QUAIS O BENEFICIÁRIO TITULAR E SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, MESMO QUE EM DIA COM O PAGAMENTO DO BENEFÍCIO, NÃO TERÃO DIREITO A DETERMINADAS COBERTURAS.*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Unimed Norte/Nordeste e a Qualicorp.*

7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

O beneficiário titular e seus beneficiários dependentes deverão cumprir os prazos de carência indicados na tabela a seguir, e que são contados a partir do início da vigência do benefício.

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, o item 7.1.1. (“Isenção dos prazos de carência”).

A) 24 (vinte e quatro) horas	Para os casos de urgência e emergência.
B) 30 (trinta) dias	Consultas médicas e exames ambulatoriais de rotina (laboratoriais e raio X simples);
C) 90 (noventa) dias	Fisioterapia, ultrassonografia, cintilografia, teste ergométrico, ecocardiograma e mamografia;
D) 300 (trezentos) dias	Partos a termo.
E) 180 (cento e oitenta) dias	Para os demais casos.

07. Carências

- Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência deste plano de saúde terão sua continuidade assegurada desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento – conforme descrito no capítulo 10 (“Pagamento”) deste Manual.
- Os filhos recém-nascidos (naturais ou adotivos) do beneficiário titular incluídos no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do nascimento.
- Os filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos, incluídos no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do deferimento da adoção, terão aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular.
- A inscrição do cônjuge ou companheiro deverá ocorrer dentro de 30 (trinta) dias após o casamento ou início de convívio em comum, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular.

Os dependentes do beneficiário titular que venham a ser incluídos no plano de saúde após os prazos previstos nos parágrafos anteriores ficarão sujeitos às carências descritas na tabela presente neste capítulo.

7.1.1. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual. Salienta-se que essa possibilidade se dará exclusivamente para novos beneficiários que se enquadrem, comprovadamente, nos seguintes casos:

- A. Beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), no contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Norte/Nordeste.

07. Carências

- B. Beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, supracitado, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade no referido contrato coletivo.

Cobertura parcial temporária

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores cooperados ou credenciados, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

Cobertura parcial temporária

- Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao 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, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa n.º 162/07 da ANS.
- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.

Cobertura parcial temporária

- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.

- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Consideram-se Doenças ou lesões preexistentes (DLP) aquelas de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4.º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 (RN 162) e suas posteriores atualizações.

09. Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, É NECESSÁRIA SOLICITAÇÃO POR ESCRITO ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR E ENCAMINHADA À QUALICORP, QUE DEVERÁ RECEBÊ-LA ACOMPANHADA DE TODOS OS DOCUMENTOS INDICADOS, CONFORME AS ORIENTAÇÕES E OS PRAZOS APRESENTADOS, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

9.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Casamento;
- C. cópia do CPF do cônjuge;
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- C. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

09.

Alterações cadastrais

- E. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

9.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Caso o(a) recém-nascido(a) seja incluído(a) no plano de saúde após 30 (trinta) dias da data do nascimento, será necessário o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde.

9.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) ATÉ 18 (DEZOITO) ANOS INCOMPLETOS OU SE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS INCOMPLETOS:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar a cópia do CPF.

09.

Alterações cadastrais

9.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) INVÁLIDOS(AS) DE QUALQUER IDADE:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar a cópia do CPF.

9.6. INCLUSÃO DE MENOR SOB GUARDA OU TUTELA DO BENEFICIÁRIO TITULAR:*

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da tutela ou termo de guarda expedido por órgão oficial;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

**Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro(a) e com idade até 24 (vinte e quatro) anos, podendo ser solicitada documentação complementar (ver o item 2.1.2., “Quem pode ser beneficiário dependente”).*

09.

Alterações cadastrais

9.7. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) ATÉ 18 (DEZOITO) ANOS INCOMPLETOS OU SE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS INCOMPLETOS:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG do enteado(a) (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de enteados(as) maiores de 18 (dezoito) anos, somar a cópia do CPF.

Atenção

A inclusão de dependente(s) está subordinada ao pagamento de taxa de cadastramento e implantação do(s) dependente(s) inscrito(s) no valor do benefício. Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou documentos comprobatórios dos direitos outorgados.

9.8. EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

09.

Alterações cadastrais

B. devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a assistência contratada.

A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscrito(s) no contrato coletivo de plano de saúde.

9.9. ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO ETC.):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia de documento que comprove a alteração.

É de responsabilidade do beneficiário titular manter seu endereço e número(s) de telefone sempre atualizados.

9.10. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular) e os números completos do banco, da agência e da conta-corrente (com dígito, se houver), além do CPF, endereço completo e telefone do correntista.

9.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência, tanto para plano de categoria inferior quanto para plano superior, poderá ser solicitada a qualquer momento e deverá obedecer ao prazo para alteração cadastral.

- Quando a transferência implicar aumento de cobertura assistencial, os beneficiários deverão cumprir as carências previstas no contrato coletivo para os novos atendimentos, a contar da data da transferência, ficando garantida, no entanto, a utilização das coberturas do plano anterior cujas carências já tenham sido cumpridas;

09. Alterações cadastrais

- Quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou tipo de acomodação em internação para padrão superior, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias, para novas internações, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;
- Quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou de tipo de acomodação em internação para padrão superior, os beneficiários deverão cumprir prazo de carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou do tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;
- Quando a transferência implicar redução de coberturas, não haverá interrupção para os atendimentos cujas carências já tenham sido cumpridas, devendo os beneficiários, no entanto, continuar cumprindo os períodos de carência, que estiverem em curso;
- Quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou de tipo de acomodação em internação para padrão inferior, o atendimento continuará sendo prestado sem interrupção, desde que a transferência seja realizada após 12 (doze) meses contados da última internação hospitalar do beneficiário a ser transferido, caso tenha havido internação, e desde que ele não esteja cumprindo carências.
- A transferência do beneficiário titular acarretará a transferência dos seus beneficiários dependentes inscritos no benefício. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro benefício, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com número de registro próprio e distinto do benefício de origem.
- Ressalta-se que o plano e a acomodação em internação dos beneficiários dependentes sempre serão iguais aos do beneficiário titular.

09. Alterações cadastrais

Prazo para alterações cadastrais

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser apresentadas com a documentação completa e respeitando as condições expostas neste capítulo.

A solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular. Por exemplo:

Início da vigência do benefício (exemplos)	Data-limite da solicitação da alteração*	Vigência da alteração solicitada
Dia 7	Dia 17 do mês anterior	A partir do dia 7 do primeiro mês subsequente à solicitação
Dia 23	Dia 3 do mês corrente	A partir do dia 23 do mês corrente

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para a realização de alterações cadastrais.*

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (vinte dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração somente será realizada no mês subsequente, sempre no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Salienta-se também que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

Excetua-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém-adotados menores de 12 (doze) anos ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção ou do casamento, respectivamente.

Como efetuar alterações cadastrais

A alteração cadastral deve ser solicitada por escrito à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

10. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA UNIMED NORTE/NORDESTE E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

11.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do benefício será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, a saber:

Formas de pagamento*

Boleto bancário

Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema

O prazo para pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) pelo beneficiário titular.

Veja abaixo alguns exemplos:

Início da vigência do benefício	Vencimento do valor mensal do benefício*
Dia 1	Dia 1 de cada mês
Dia 17	Dia 17 de cada mês
Dia 28	Dia 28 de cada mês

*A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para o pagamento do benefício.

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Unimed Norte/Nordeste. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

10. Pagamento

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 10.4., “Atraso e inadimplência” (ver a seguir, neste mesmo capítulo).

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 9.10. “Alteração de dados bancários para pagamento do benefício via débito automático”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

Uma vez que a Qualicorp garante as obrigações dos beneficiários constantes do contrato coletivo mantido com a Unimed Norte/Nordeste, nas condições estabelecidas, notadamente as pecuniárias, a eventual inadimplência do(s) beneficiário(s) pode inviabilizar o projeto idealizado, criado e implantado, com o seu respectivo objetivo e resultado final, em detrimento da coletividade à qual o(s) beneficiário(s) se vincula(m).

Para que isso não ocorra, a Qualicorp deverá ser ressarcida pelo(s) beneficiário(s), a título de multa compensatória, em 10% (dez por cento) das obrigações pecuniárias devidas, como indenização pelos seus custos e prejuízos sofridos, suportados e resultantes, seja da utilização de recursos próprios, comprometendo o seu capital de giro e os seus investimentos, seja da captação, junto ao mercado financeiro, dos recursos necessários à garantia da inadimplência do(s) beneficiário(s), a fim de, com isso, impedir a inviabilização deste projeto de plano de saúde coletivo por adesão, sem prejuízo dos juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o montante devido.

10. Pagamento

Além do exposto anteriormente, o atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao benefício, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno ao contrato coletivo dependerá da comprovação do seu vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) e da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independentemente do período anterior de permanência do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) no contrato coletivo. No caso de cancelamento do benefício, haverá exclusão do beneficiário titular e de seus(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

Atenção

Em caso de cancelamento do benefício por inadimplência ou por qualquer outro motivo, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês de cancelamento, por se tratar de pagamento prévio.

11. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO CONTRATO COLETIVO, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO COM BASE NOS 3 (TRÊS) CASOS A SEGUIR, OU EM OUTRAS HIPÓTESES, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA. TAIS REAJUSTES PODERÃO OCORRER DE FORMA CUMULATIVA (PARCIAL OU TOTAL) OU ISOLADA.

Todos os reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Unimed Norte/Nordeste para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Unimed Norte/Nordeste.

Atenção

Independentemente das situações previstas neste capítulo, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, ressalvado o reajuste por mudança de faixa etária, cuja aplicação se fará conforme indicado no item 11.3. (“Reajuste por mudança de faixa etária”) deste Manual.

11.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Reajuste conforme avaliação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do plano de saúde durante os 12 (doze) meses anteriores à data da aplicação do reajuste, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

O reajuste financeiro tomará como base a variação do Índice de Preços ao Consumidor - Saúde (IPC), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), ou outro índice que venha a substituí-lo.

11. Reajustes

11.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do benefício. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo, quer ele se dê em hospitais, clínicas, consultórios ou laboratórios.

Os valores do benefício serão avaliados periodicamente e poderão ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato coletivo, o que respeita o princípio do mutualismo que rege a contratação coletiva.

Atenção

O índice de sinistralidade está diretamente relacionado à utilização regular e adequada do plano de saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

11.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados nos “Anexos” referentes a cada categoria de plano.

Atenção

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos neste contrato coletivo.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

AS REGRAS PARA A SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, BEM COMO PARA A EXCLUSÃO DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULAR E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

12.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, desde que faça uma solicitação, por escrito, que seja recebida pela Qualicorp.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se os prazos e as condições constantes do capítulo 9 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

12.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

No caso da perda da elegibilidade do beneficiário titular durante a vigência do benefício, a Qualicorp notificará o fato ao beneficiário titular, informando o prazo máximo que ele e seu(s) beneficiário(s) dependente(s) terão para permanecer no benefício.

Atenção

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), o(s) beneficiário(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. A partir do momento em que não houver mais vínculo com a Entidade e o beneficiário titular for desligado do contrato coletivo, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 10.4. (“Atraso e Inadimplência”), observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

Atenção

No caso da exclusão de dependente(s) ou da exclusão da adesão do próprio beneficiário titular, por qualquer motivo, os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), seja ele beneficiário titular ou dependente, deverão ser imediatamente devolvidos à Qualicorp, que os inutilizará. Reitera-se também que, no caso de exclusão ou cancelamento, o atendimento e o próprio pagamento do benefício são devidos considerando-se integralmente o mês de exclusão ou cancelamento, por se tratar de um benefício contratado sob a modalidade de pagamento prévio.

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo beneficiário titular e/ou por seu(s) dependente(s), após a suspensão do atendimento ou após o efetivo cancelamento do benefício, por qualquer motivo, serão de total responsabilidade do beneficiário titular, sob pena de configurar-se a utilização indevida, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Unimed Norte/Nordeste, serão repassados de forma integral ao beneficiário titular, podendo ser efetuado o débito na mesma conta-corrente bancária indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

Havendo o cancelamento do benefício, os beneficiários excluídos somente poderão postular nova adesão após a eventual regularização da situação que motivou o cancelamento, análise das condições de elegibilidade e quitação de eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

12.7. PERDA DO DIREITO A BENEFÍCIOS E/OU A TODO O PLANO DE SAÚDE

A Unimed Norte/Nordeste, independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos que forem causados à Operadora, não efetuará nenhum reembolso ou pagamento com base no benefício contratado e poderá cancelar o benefício, a qualquer tempo, sem que caiba direito a nenhuma indenização, caso haja por parte do beneficiário titular ou do(s) beneficiário(s) dependente(s):

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua

Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde

aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.

- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declaradas na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Unimed Norte/Nordeste, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- Inobservância das obrigações contratuais.

Atenção

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Unimed Norte/Nordeste.

Anexo I

Plano Coletivo por Adesão Enfermaria

Plano Coletivo por Adesão Enfermaria

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Coletivo por Adesão Enfermaria

1.1.2. Código do plano

471.415/14-6

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano Coletivo por Adesão Enfermaria

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é “Referência”.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	Coletivo por Adesão
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	15,00%
De 24 a 28 anos	15,00%
De 29 a 33 anos	15,00%
De 34 a 38 anos	15,00%
De 39 a 43 anos	16,00%
De 44 a 48 anos	21,00%
De 49 a 53 anos	30,00%
De 54 a 58 anos	35,00%
59 anos ou mais	39,00%

Anexo II

Plano Coletivo por Adesão Apart

Plano Coletivo por Adesão Apart

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Coletivo por Adesão Apart

1.1.2. Código do plano

464.413/11-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano Coletivo por Adesão Apart

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	Coletivo por Adesão Apart
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	16,57%
De 24 a 28 anos	23,10%
De 29 a 33 anos	10,60%
De 34 a 38 anos	10,19%
De 39 a 43 anos	16,00%
De 44 a 48 anos	21,00%
De 49 a 53 anos	30,00%
De 54 a 58 anos	35,00%
59 anos ou mais	39,00%

Anexo III
Plano Coletivo por Adesão

Plano Coletivo por Adesão

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTA MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Coletivo por Adesão

1.1.2. Código do plano

464.713/11-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

Plano Coletivo por Adesão

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é Referência.

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial de que trata o Plano Coletivo por Adesão compreenderá todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no Artigo 10 da Lei n.º 9.656/98.

Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

- A. Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- B. Emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

Para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, fica garantida a cobertura, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do benefício.

Plano Coletivo por Adesão

Para os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a cobertura é garantida sem limitações.

Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP), a cobertura será prestada por 12 (doze) horas, ou por período inferior, caso haja a necessidade de internação.

No decorrer dos períodos de carência para internação, o atendimento de urgência e emergência será realizado sem limitações.

Haverá garantia de cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta do beneficiário, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Plano Coletivo por Adesão

Faixa etária	Coletivo por Adesão
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	15,00%
De 24 a 28 anos	15,00%
De 29 a 33 anos	15,00%
De 34 a 38 anos	15,00%
De 39 a 43 anos	16,00%
De 44 a 48 anos	21,00%
De 49 a 53 anos	30,00%
De 54 a 58 anos	35,00%
59 anos ou mais	39,00%

Use bem, use sempre

Para usar da maneira mais adequada o plano de saúde e preservar a qualidade do benefício, é muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade e tenham sempre em mente algumas orientações básicas.

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do seu plano de saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e coberto por este contrato coletivo. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o plano de saúde de forma adequada, sem desperdícios.

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico.
- É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude.
- Em caso de necessidade de atendimento de urgência ou emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo que faça parte da rede credenciada da Unimed Norte/Nordeste para o seu plano.
- Realize exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retorna para retirar os resultados e não dá continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o plano de saúde.
- Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Em caso de sugestões, críticas ou eventuais reclamações, comunique a Unimed Norte/Nordeste ou a Qualicorp.

Central de Atendimento 24h
Unimed Norte/Nordeste

0800-722-6090

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Norte/Nordeste:

ANS nº 324213

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.35.54.00002

C. abr/2016-00002 | l.abr/2016