

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 Central Nacional Unimed, considerada a maior assistência médica do Brasil e a maior cooperativa de saúde do mundo. Fundada em 1967, ela está presente em mais de 4 mil municípios do país. É a marca de planos de saúde em que os brasileiros mais confiam.



ANS nº 339679

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 Central Nacional Unimed, 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 a legislação, 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. 31
- 06. Validação prévia de procedimentos _____ pág. 34
- 07. Carências _____ pág. 37
- 08. Cobertura parcial temporária _____ pág. 41
- 09. Alterações cadastrais _____ pág. 44
- 10. Pagamento _____ pág. 50
- 11. Reajustes _____ pág. 53
- 12. Exclusão, suspensão, cancelamento
e nova adesão ao plano de saúde _____ pág. 55

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Plano ADESÃO BÁSICO NACIONAL _____ pag. 59

Anexo II: Plano ADESÃO ESPECIAL NACIONAL _____ pag. 63

Anexo III: Plano ADESÃO MÁSTER NACIONAL _____ pag. 67

Anotações _____ pag. 71

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 Central Nacional Unimed.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA CENTRAL NACIONAL UNIMED, 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 Central Nacional Unimed 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 os 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;
- B. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;
- C. Movimentação cadastral;

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

- 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.

CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: (11) 3016-8836

Outras localidades:

4002-8877 (capitais e regiões metropolitanas)

(11) 4002-8877 (demais regiões)

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

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 Central Nacional Unimed. Pelo contrário, são estruturas que coexistem para você ter mais conveniência e conforto na utilização do seu plano de saúde.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE, COLETIVO POR ADEÇÃO, CELEBRADO COM A CENTRAL NACIONAL UNIMED 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 Central Nacional Unimed e destinada à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora:	Central Nacional Unimed - Cooperativa Central (ANS nº33967-9)
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 do vínculo, dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

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.

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e mediante a elegibilidade definida entre a CNU/Qualicorp e Entidade, desde que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à 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:

- Cônjuge ou companheiro(a);*
- Filho(a) solteiro(a) com até 29 (vinte e nove) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;*
- Filho(a) inválido(a) de qualquer idade;
- Enteado(a) solteiro(a) com até 29 (vinte e nove) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;*
- Menor de idade solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.*

**Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a), com até 29 (vinte e nove) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.*

A contratação coletiva do plano de saúde

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 Central Nacional Unimed vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela Central Nacional Unimed 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 Central Nacional Unimed poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Central Nacional Unimed 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.

2.3. CATEGORIAS 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
ADESÃO BÁSICO NACIONAL	474.570/15-1
ADESÃO ESPECIAL NACIONAL	474.572/15-8
ADESÃO MÁSTER NACIONAL	474.574/15-4

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores cooperados e credenciados da Central Nacional Unimed, que acompanha este Manual, bem como pela sua segmentação assistencial, abrangência geográfica 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”.

Formas de utilização do plano de saúde

AS FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO BENEFÍCIO VARIAM DE ACORDO COM A OPÇÃO DE PLANO CONTRATADO, CONFORME DESCRITO NO CAPÍTULO 2 DESTES MANUAIS, RESPEITADOS OS TÓPICOS A SEGUIR:

3.1. ATENDIMENTO NA REDE PRÓPRIA, CREDENCIADA E COOPERADA DA CENTRAL NACIONAL UNIMED

A Central Nacional Unimed coloca à disposição do beneficiário uma rede própria, cooperada e credenciada de prestadores de serviços médicos, sendo que nesses estabelecimentos o atendimento não demanda nenhum tipo de pagamento, por parte do beneficiário, ao prestador escolhido.

Guia Médico

A lista de prestadores próprios, cooperados e credenciados é de responsabilidade da Central Nacional Unimed e, por estar sujeita a alterações, é atualizada, quando necessário, pela própria Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O Guia Médico contendo estes prestadores também está disponível no site www.centralnacionalunimed.com.br, juntamente com sua área de abrangência.

Para acesso a quaisquer serviços, os usuários deverão obter orientações e a respectiva autorização na Central de Atendimento, exceto nos casos de urgência e emergência.

Cartão de identificação

Para utilizar seu plano, o beneficiário recebe um cartão de identificação personalizado, que facilita o acesso aos serviços.

O cartão é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados



Imagem meramente ilustrativa.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual. A renovação do cartão é anual e automática.

3.1.1. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CENTRAL NACIONAL UNIMED

Planos Nacionais: área de abrangência nacional.

Salvador e região: Compreende os seguintes municípios: Alagoinhas, Camaçari, Candeias, Catu, Dias D'Ávila, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé e Simões Filho.

São Luís e região: Compreende os seguintes municípios: Paço do Lumiar, São José de Ribamar e São Luís.

Distrito Federal: Aguas Claras, Brasília (Plano Piloto), Brazilândia, Candangolândia, Ceilândia, Cruzeiro, Fercal, Gama (I e II), Itapoã, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirantes, Paranoá, Park Way, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo (I e II), Samambaia, Taguatinga, Sobradinho, Vicente Pires, São Sebastião, Varjão, Santa Maria, SAI, SCIA, Sudoeste/Octogonal.

3.1.2. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte o *Guia Médico da Central Nacional Unimed* e escolha o prestador cooperado ou credenciado, de acordo com a disponibilidade 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 Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade (RG). Caso você não esteja de posse de seu cartão de identificação, entre em contato com a Central Nacional Unimed para orientação.

Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed:

Se o seu cartão começar com 0865 Ligue: **0800-942-0011**;

Deficiente auditivo ligue: **0800-940-0343**.



03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.1.3. COMO REALIZAR EXAMES

1. Os exames complementares e os serviços de auxiliares de diagnóstico são garantidos por meio da rede própria ou credenciada constante no *Guia médico* ou através do site **www.centralnacionalunimed.com.br**;
2. Tendo em mãos a solicitação do prestador, preenchida em formulário próprio, verifique a necessidade de validação prévia da Operadora 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 validação prévia para os exames, além de seu cartão de identificação válido da Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade (RG).

Atenção

A realização de exames, excetuando-se alguns casos específicos, está condicionada à validação prévia da Central Nacional Unimed. Para conhecer as regras gerais de validação prévia de exames, consulte o item 6.2. (“Serviços auxiliares de diagnose”), no capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual.

3.1.4. 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;
2. Entregue a solicitação diretamente à Central Nacional Unimed, para obter a senha de internação. Quando a senha for liberada, você receberá a guia de internação da Central Nacional Unimed;
3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da guia de internação, além de seu cartão de identificação válido da Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade (RG).

Atenção

Todas as internações e/ou cirurgias dependem da liberação de uma senha por parte da Central Nacional Unimed.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.1.5. 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*, ou ligue para a Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed:
Se o seu cartão começar com 0865 Ligue: **0800-942-0011**;
Deficiente auditivo ligue: **0800-940-0343**.
2. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

No caso de internação de urgência ou emergência, a validação deverá ser solicitada até, no máximo, 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação e procedimentos.

Atenção

São considerados como atendimentos de urgência ou emergência aqueles que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, bem como as complicações no processo gestacional. A urgência ou emergência deve, obrigatoriamente, ser devidamente caracterizada na declaração do médico assistente do beneficiário.

3.1.6. ATENDIMENTO ELETIVO

Estão cobertos neste contrato coletivo os atendimentos eletivos (isto é, programados e agendados com antecedência) na rede médica própria, cooperada ou credenciada da Central Nacional Unimed, observados os limites e as condições de cada plano.

Salienta-se que todas as internações e/ou cirurgias dependem da validação prévia e da liberação de uma senha por parte da Central Nacional Unimed. Para a realização de exames, excetuando-se alguns casos específicos, também é necessária a validação prévia da Central Nacional Unimed. Para conhecer as regras gerais de validação prévia de cirurgias e exames, consulte os itens 6.1. ("Internações") e 6.2. ("Serviços auxiliares de diagnóstico"), no capítulo 6 ("Validação prévia de procedimentos") deste Manual.

04.

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), EM VIGOR NA DATA DA REALIZAÇÃO DO EVENTO 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. CONSULTAS MÉDICAS

Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

A cobertura ambulatorial assegura as atividades profissionais de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e sessões de psicoterapia, conforme limite de número de sessões e diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época da realização dos procedimentos.

A continuidade dos atendimentos após a garantia de cobertura assegurada pela Central Nacional Unimed deverá ser acordada diretamente entre o beneficiário e o profissional, ficando a Operadora e a Administradora desobrigadas da intermediação de qualquer negociação ou continuar com a garantia de cobertura dos custos assistenciais à saúde previstos no contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.2.1. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, INCLUINDO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS, SOLICITADOS PELO MÉDICO ASSISTENTE/COOPERADO OU CIRURGIÃO-DENTISTA, MESMO QUANDO REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR – NÃO PODENDO HAVER RESTRIÇÃO AOS MÉDICOS ASSISTENTES NÃO PERTENCENTES À REDE PRÓPRIA, CREDENCIADA OU COOPERADA DA CENTRAL NACIONAL UNIMED, DESDE QUE NÃO CARACTERIZADO COMO INTERNAÇÃO E LIMITADOS AOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO.

4.2.2. O CIRURGIÃO-DENTISTA PODERÁ SOLICITAR OU EXECUTAR PROCEDIMENTOS VINCULADOS AOS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA;

4.2.2.1. São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico;

4.2.3. CONSIDERANDO QUE O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO INCLUI GARANTIA DE COBERTURA ODONTOLÓGICA, OS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA SERÃO DE RESPONSABILIDADE, EXCLUSIVA, DO BENEFICIÁRIO;

4.2.4. PARA A GARANTIA DE COBERTURA, OS PROCEDIMENTOS DEVERÃO SER SOLICITADOS EM GUIA PRÓPRIA DA CENTRAL NACIONAL UNIMED, SENDO NECESSÁRIA A VALIDAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS PARA A SUA REALIZAÇÃO.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.2.5. COBERTURA AMBULATORIAL PARA OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; e
- f) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares e que estejam descritos na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como em seus anexos e posteriores atualizações, se houver.

4.2.6. 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, BEM COMO EM SEUS ANEXOS E POSTERIORES ALTERAÇÕES, SE HOUVER.

4.2.7. COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, DA ANS, BEM COMO EM SEUS ANEXOS E POSTERIORES ALTERAÇÕES, SE HOUVER, QUE PODEM SER REALIZADOS TANTO POR FISIATRA COMO POR FISIOTERAPEUTA, CONFORME INDICAÇÃO MÉDICA.

4.3. ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR

4.3.1. INTERNAÇÕES HOSPITALARES QUANDO SOLICITADAS E JUSTIFICADAS POR MÉDICO ASSISTENTE EM GUIA DE PEDIDO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS DA CENTRAL NACIONAL UNIMED PREFERENCIALMENTE NOS PADRÕES DA CNU E TISS, SEM LIMITAÇÃO DE PRAZO, VALOR MÁXIMO E QUANTIDADE, EM CLÍNICAS BÁSICAS E ESPECIALIZADAS, RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, INCLUINDO OS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS E AQUELES CONSIDERADOS DE ALTA COMPLEXIDADE, ASSIM IDENTIFICADOS PELA ANS.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.3.1.1. As internações deverão ser autorizadas pela Central Nacional Unimed, sem limitação de prazo, respeitando-se as garantias de cobertura contratuais, a rede própria ou credenciada e o padrão de acomodação do plano contratado pelo beneficiário, competindo ao médico assistente definir e justificar os períodos de internação.

4.3.2. A INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPREENDE A GARANTIA DE COBERTURA DAS DESPESAS COM DIÁRIAS HOSPITALARES, HONORÁRIOS MÉDICOS, ENFERMAGEM E ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE, EXAMES DIAGNÓSTICOS INDISPENSÁVEIS PARA O CONTROLE DA EVOLUÇÃO E ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA, FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS, ANESTÉSICOS, GASES MEDICINAIS, TRANSFUSÕES, SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA, TODA E QUALQUER TAXA, INCLUINDO MATERIAIS UTILIZADOS NA INTERNAÇÃO PELO BENEFICIÁRIO, PRESCRITOS PELOS MÉDICOS ASSISTENTES, INCLUINDO OS PROCEDIMENTOS A SEGUIR, CONSIDERADOS ESPECIAIS PELA LEGISLAÇÃO PUBLICADA PELA ANS:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e posteriores alterações, se houver, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos de reeducação e reabilitação física;

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, exceto medicação de manutenção.

4.3.2.1. A opção do beneficiário pela utilização de médico e/ou de auxiliar particular, não pertencente à rede própria ou credenciada indicada para o plano contratado, implicará o pagamento dos honorários médicos do cirurgião e do(s) seu(s) auxiliar(es).

4.3.3. OS PROCEDIMENTOS BUCOMAXILOFACIAIS QUE NECESSITAREM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR TERÃO GARANTIA DE COBERTURA, INDEPENDENTEMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANO COM COBERTURA ODONTOLÓGICA.

4.3.4. OS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM CONSULTÓRIO, QUE POR IMPERATIVO CLÍNICO NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, COM EQUIPE DE SAÚDE NECESSÁRIA À COMPLEXIDADE DO CASO, TÊM A COBERTURA GARANTIDA, INCLUINDO 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.

4.3.5. OS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS PARA INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE NATUREZA BUCOMAXILOFACIAL OU PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, QUE POR IMPERATIVO CLÍNICO DEMANDAREM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, TERÃO GARANTIA DE COBERTURA ASSEGURADA, INCLUSIVE QUANDO SOLICITADOS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE, HABILITADO PELO RESPECTIVO CONSELHO DE CLASSE E DESDE QUE RESTRITOS À FINALIDADE DE NATUREZA ODONTOLÓGICA.

4.3.5.1. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na garantia de cobertura, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, da ANS, vigente à época da realização do procedimento.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.3.6. ESTÃO COBERTAS AS DESPESAS DE ALIMENTAÇÃO E ACOMODAÇÃO, RELATIVAS AO ACOMPANHANTE DO BENEFICIÁRIO PARA ATENDIMENTOS REALIZADOS EM TODAS AS MODALIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E OS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NOS CASOS ABAIXO INDICADOS, SALVO QUANDO HOUVER CONTRAINDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
- c) pessoas portadoras de deficiências.

4.3.7. NOS CASOS DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, OS BENEFICIÁRIOS TERÃO GARANTIA DE COBERTURA PARA TODOS OS TRANSTORNOS CODIFICADOS NA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)*, COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS:

- Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativa de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 12 (doze) sessões de psicoterapia de crise, bem como 12 (doze) sessões de psicoterapia, cujo início não está vinculado ao atendimento de emergência, que poderão ser realizadas por psicólogo ou por médico devidamente habilitados, respeitadas as condições estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da realização do evento, bem como às condições previstas nas Diretrizes de Utilização (DUT) vigentes.
- Após o 30.º (trigésimo) dia de internação, por ano de contrato, caberá ao beneficiário arcar com o pagamento de coparticipação equivalente a 50% (cinquenta por cento) das despesas decorrentes de internação psiquiátrica.
- Atendimento/acompanhamento em hospital-dia, para os portadores de transtornos previstos nas Diretrizes de Utilização (DUT), publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do evento.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.3.8. OS BENEFICIÁRIOS TERÃO DIREITO À GARANTIA DE COBERTURA PARA OS TRANSPLANTES PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, DA ANS, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO, BEM COMO ÀS DESPESAS COM PROCEDIMENTOS A ELAS VINCULADOS E A SEGUIR DISCRIMINADOS.

Entende-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) Medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo excluídos da garantia de cobertura os medicamentos de manutenção;
 - d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador-cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) integrantes do Sistema Nacional de Transplante (SNT).
- As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico da legislação vigente do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).
- É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
- a) Determinar o encaminhamento de equipe especializada;

Coberturas e procedimentos garantidos

- b) Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

4.3.9. COBERTURA PARA O FORNECIMENTO DE PRÓTESE E ÓRTESE, BEM COMO DE SEUS RESPECTIVOS ACESSÓRIOS, DESDE QUE LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO COM GARANTIA DE COBERTURA PELO PRESENTE CONTRATO.

4.3.10. COBERTURA PARA 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 (ART.10-A DA LEI 9656/98, INCLUÍDO PELA LEI 10.223/2001).

4.3.11. COBERTURA PARA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA DE ÓRGÃOS E FUNÇÕES CONFORME ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, DA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO.

4.4. COBERTURA OBSTÉTRICA

4.4.1. A GARANTIA DE COBERTURA OBSTÉTRICA COMPREENDE OS PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO PRÉ-NATAL, ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO, INCLUINDO:

- a) Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
- pré-parto;
 - parto; e
 - pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;
- b) garantia de cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independentemente de sua inscrição no plano.

Coberturas e procedimentos garantidos

- c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência ou Cobertura parcial temporária (CPT), independentemente de o beneficiário titular ser o pai ou a mãe, de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carências, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

4.4.1.1. A contratação pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, mas não tenha cumprido as carências para parto.

4.5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nos casos de urgência ou emergência, após cumprido o período de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os beneficiários poderão obter atendimento diretamente junto aos prestadores próprios, credenciados ou cooperados pela Central Nacional Unimed, na modalidade prevista neste contrato, conforme previsto na Resolução CONSU n.º 15, e posteriores alterações, devendo, para tanto, se identificar como beneficiários e apresentar o cartão de identificação.

Os atendimentos de urgência relacionados aos casos de acidentes pessoais, desde que comprovados, não sofrerão qualquer restrição, sendo assegurada a cobertura prevista neste contrato.

Os atendimentos de emergência que impliquem risco imediato de morte ou lesões irreparáveis, devidamente comprovados em declaração do médico assistente, e também as urgências decorrentes de complicações do processo gestacional, deverão observar as disposições a seguir:

Nas situações de emergência e urgência descritas acima, estando o beneficiário no período de carência para internação ou Cobertura parcial temporária (CPT), será garantida a cobertura do atendimento ambulatorial somente até as 12 (doze) primeiras horas, contadas a partir do atendimento.

Sendo necessária a internação do beneficiário para a continuidade do tratamento de emergência ou urgência, ainda que na mesma unidade prestadora do atendimento, mesmo que em período inferior às 12 (doze) primeiras horas, a cobertura cessará, cabendo à Central Nacional Unimed o ônus e a responsabilidade da remoção do

Coberturas e procedimentos garantidos

paciente para uma Unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que disponha dos recursos necessários à garantia da continuidade do atendimento.

Nas situações de urgências decorrentes de complicações do processo gestacional, a cobertura do atendimento deverá observar as seguintes peculiaridades:

Caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação, deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, contadas a partir do atendimento.

Persistindo a necessidade de internação ou havendo a necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará.

Uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará a cargo da Central Nacional Unimed.

Em caso de impossibilidade de remoção por risco de morte, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

Na remoção, a Central Nacional Unimed disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na Unidade do SUS.

Nos casos em que houver risco de morte que impeça a remoção do paciente ou quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente, a Central Nacional Unimed estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

Nos casos de urgência e emergência, quando comprovada a impossibilidade de utilização dos prestadores próprios, credenciados ou cooperados pelo beneficiário, observada a área geográfica de abrangência do plano, conforme artigo 12, inciso VI, da Lei n.º 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas, de acordo com as normas e legislação em vigor.

Quando não for possível agendar o procedimento de acordo com a Legislação, o beneficiário deverá contatar a Central de Atendimento da CNU, para orientação e auxílio no agendamento. A Operadora, identificando que não será possível atender aos prazos determinados, orientará o beneficiário a realizar o procedimento e solicitar o reembolso.

Somente o beneficiário que a CNU autorizar por meio de protocolo terá o reembolso garantido.

Para solicitação do reembolso, o beneficiário deverá apresentar à Central Nacional Unimed até o prazo máximo de 1 (um) ano, contado a partir da data do evento ou da data da alta, a documentação comprobatória original.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo o seguinte:

- a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.
- b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.
- c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.
- d) Os comprovantes originais relativos aos exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia etc.), que somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o beneficiário.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.5.1. COMO SOLICITAR REEMBOLSO EXCLUSIVAMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para solicitar o reembolso, reúna os documentos originais necessários para o procedimento realizado, listados no item 4.5, entre em contato diretamente com a Central Nacional Unimed. A importância a ser reembolsada, exclusivamente pela Central Nacional Unimed, 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.

4.6. REMOÇÃO

4.6.1. OS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS COM GARANTIA DE COBERTURA HOSPITALAR TERÃO DIREITO A REMOÇÃO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR PRÓPRIO, CREDENCIADO OU COOPERADO, QUANDO COMPROVADAMENTE NECESSÁRIA, DESDE QUE SOLICITADA PELO MÉDICO ASSISTENTE, E DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO PREVISTA EM CONTRATO.

4.6.2. OS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS SEM GARANTIA DE COBERTURA HOSPITALAR TERÃO DIREITO A REMOÇÃO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR DA REDE SUS, NAS HIPÓTESES A SEGUIR, SEM PREJUÍZO DAQUELAS PREVISTAS NOS ITENS ANTERIORES:

4.6.2.1. DEPOIS DE REALIZADOS OS ATENDIMENTOS CLASSIFICADOS COMO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUANDO CARACTERIZADA, PELO MÉDICO ASSISTENTE, A FALTA DE RECURSOS OFERECIDOS PELA UNIDADE PARA CONTINUIDADE DE ATENÇÃO AO PACIENTE. NESTA HIPÓTESE, O BENEFICIÁRIO SERÁ DIRECIONADO À REDE SUS, EM CASO DE NÃO EXISTIR OUTRO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR PRÓPRIO, CREDENCIADO OU COOPERADO QUE APRESENTE ESTA CONDIÇÃO.

4.6.2.2. DEPOIS DE REALIZADOS OS ATENDIMENTOS CLASSIFICADOS COMO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CARACTERIZADA PELO MÉDICO ASSISTENTE A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO PARA OS BENEFICIÁRIOS DE PLANO DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.6.2.3. QUANDO O BENEFICIÁRIO ESTIVER NO PERÍODO DE CARÊNCIA PARA INTERNAÇÃO OU QUANDO HOUVER ACORDO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) E NECESSITE DE EVENTOS CIRÚRGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E/OU PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC) RELACIONADOS ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP), DEPOIS DE REALIZADOS OS ATENDIMENTOS CLASSIFICADOS COMO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

4.6.2.4. NOS CASOS DE NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DECORRENTES DA CONDIÇÃO GESTACIONAL DE PACIENTES CUMPRINDO PERÍODO DE CARÊNCIA, DEPOIS DE REALIZADOS OS ATENDIMENTOS CLASSIFICADOS COMO URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.

4.6.3. NAS HIPÓTESES MENCIONADAS NOS ITENS 4.6.2.1. A 4.6.2.4., À CENTRAL NACIONAL UNIMED CUMPREM O ÔNUS E A RESPONSABILIDADE DA REMOÇÃO DO PACIENTE PARA UMA UNIDADE DO SUS QUE DISPONHA DE RECURSOS NECESSÁRIOS A GARANTIR A CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO.

4.6.4. NA IMPOSSIBILIDADE DE REMOÇÃO POR RISCO DE VIDA, O BENEFICIÁRIO E O PRESTADOR DO ATENDIMENTO DEVERÃO NEGOCIAR ENTRE SI A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA, DESOBRIGANDO-SE, ASSIM, A CENTRAL NACIONAL UNIMED DESSE ÔNUS.

4.6.5. NA REMOÇÃO, A CENTRAL NACIONAL UNIMED DISPONIBILIZARÁ AMBULÂNCIA COM OS RECURSOS NECESSÁRIOS A GARANTIR A MANUTENÇÃO DA VIDA, SÓ CESSANDO SUA RESPONSABILIDADE SOBRE O PACIENTE QUANDO EFETUADO O REGISTRO NA UNIDADE DO SUS.

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTES PLANO DE SAÚDE COLETIVO 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

- 5.1. atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências, ou prestados em desacordo com o estabelecido neste Manual;
- 5.2. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
 - a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou
 - c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (uso off-label);
- 5.3. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- 5.4. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.5. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- 5.6. despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.7. cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- 5.8. despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de um acompanhante;
- 5.9. produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- 5.10. cirurgias para mudança de sexo;
- 5.11. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.12. procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pela Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma e termos previstos neste instrumento;
- 5.13. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.14. Inseminação artificial, assim entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óocitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de óocitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 5.15. enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;
- 5.16. cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.17. procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.18. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 5.19. aplicação de vacinas;
- 5.20. exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.21. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 5.22. remoção domiciliar;
- 5.23. implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes de medula óssea, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as Diretrizes de Utilização editados pela ANS;
- 5.24. tratamentos em *spa*, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e estabelecimentos para acolhimento de idosos e as internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.25. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 5.26. procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.
 - Estão excluídos ainda, mesmo quando dentro da área geográfica de abrangência do plano, quaisquer serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapias (mesmo em casos de urgência e/ou emergência) realizados em estabelecimentos não contratados por este plano.

Validação prévia de procedimentos

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

6.1. INTERNAÇÕES

Internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas deverão ser solicitadas previamente. Nos casos de internações de urgência ou emergência, a validação prévia deverá ser solicitada, no máximo, até 2 (dois) dias úteis seguintes à hospitalização, sob pena de a Central Nacional Unimed não se responsabilizar por qualquer despesa.

A internação, que deverá ser sempre solicitada pelo médico assistente, será garantida nos hospitais credenciados pela Central Nacional Unimed ou através das cooperativas médicas com as quais a Central Nacional Unimed tenha ou venha a ter acordo firmado, observada a área de abrangência do produto contratado, e conforme a garantia de cobertura disponibilizada contratualmente, após pertinente comunicação, avaliação e análise para expressa validação prévia ou não dos procedimentos pela Central Nacional Unimed.

6.2. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE

Depende de validação prévia de procedimentos pela Central Nacional Unimed a realização dos seguintes procedimentos:

- Serviços auxiliares de diagnose;
- Serviços auxiliares de terapia;
- Serviços ambulatoriais;
- Internações;
- Remoções.

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 Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed.

A Central Nacional Unimed coloca à disposição do beneficiário a rede própria ou credenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares, que oferecem atendimento em conformidade com os limites e as condições do plano contratado pelo beneficiário, conforme *Guia Médico*.

As consultas deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido entre aqueles pertencentes à rede própria ou contratada do plano.

Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico são garantidos pela Central Nacional Unimed, por meio da rede própria ou contratada constante do *Guia*.

6.3. REMOÇÕES

Não serão cobertas despesas de remoção sem a prévia e expressa autorização da Central Nacional Unimed.

Atenção

No caso de situações de divergências médicas a respeito de validação prévia, a definição do impasse será dada através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Central Nacional Unimed (na forma do artigo 4.º, V, da Resolução CONSU n.º 8/1998 e posteriores alterações, se houver).

06.

Validação prévia de procedimentos

Como solicitar validação prévia

Para acesso a quaisquer serviços, os beneficiários deverão obter orientações e a respectiva autorização na Central de Atendimento, exceto nos casos de urgência e emergência.

Central de Atendimento:

Se o seu cartão começar com 0865 Ligue: **0800-942-0011**

Deficiente auditivo Ligue: **0800-940-0343**

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 Central Nacional Unimed 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 enquadrem nos casos de redução ou isenção de carências.

Eventos	Prazo de carência
Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial	24 (vinte e quatro) horas
Consultas	30 (trinta) dias
Exames Básicos	30 (trinta) dias
Exames Especiais	180 (cento e oitenta) dias
Procedimentos Terapêuticos Especiais	180 (cento e oitenta) dias
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 (cento e oitenta) dias
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 (cento e oitenta) dias
Internações Psiquiátricas	180 (cento e oitenta) dias
Internações Obstétricas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

07. Carências

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência 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.

É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carências ou Cobertura parcial temporária (CPT), independentemente de o beneficiário titular ser o pai ou a mãe, de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carências, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Caso o beneficiário titular, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial. Caso não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular.

O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário inscrito, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso, bem como o menor sob guarda ou tutelado, poderá ser inscrito como beneficiário dependente em até 30 (trinta) dias, contados do evento (adoção, guarda ou tutela), aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida, judicial ou extrajudicialmente, poderá ser inscrito como beneficiário dependente em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.

Para fins deste contrato, equipara-se ao filho adotivo a criança ou adolescente colocado sob a responsabilidade do beneficiário titular, em regime de guarda provisória ou tutela, em virtude das disposições do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (Lei n.º 8.069/1990).

07. Carências

Se o titular do plano contrair matrimônio ou firmar união estável durante a vigência deste contrato, para que seu cônjuge ou companheiro(a) seja inscrito como beneficiário dependente e aproveite as carências cumpridas pelo beneficiário titular, deverá ser inscrito dentro do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do casamento ou da união estável, vigorando a partir desta data a obrigação de pagamento do valor mensal do benefício para o novo beneficiário.

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

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este contrato de plano de assistência a saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Central Nacional Unimed no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Central Nacional Unimed, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual.

07. Carências

7.1.2. 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 Central Nacional Unimed.
- B. Beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, acima, 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.

Caso a condição de dependente seja anterior e o ingresso ocorra após os prazos indicados nos itens A e B, o dependente terá que, necessariamente, cumprir o período de carência.

08.

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 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 sofrendor, no momento da contratação do 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).

08.

Cobertura parcial temporária

- 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 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, ou constatadas por perícia.
- 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 às Doenças ou lesões preexistentes (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 doença ou lesão preexistente 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.
- 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 doença e lesão preexistente.

08.

Cobertura parcial temporária

- 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 doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, 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 A 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 RG e 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;
- 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.

09.

Alterações cadastrais

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 (solicite à Qualicorp).

9.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) COM ATÉ 29 (VINTE E NOVE) ANOS 11 (ONZE) MESES E 29 (VINTE E NOVE) DIAS:

- 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 cópia do CPF.

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);

09.

Alterações cadastrais

- 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.

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), com até 29 (vinte e nove) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.*

9.7. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) COM ATÉ 29 (VINTE E NOVE) ANOS 11 (ONZE) MESES E 29 (VINTE E NOVE) DIAS:

- 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;

09.

Alterações cadastrais

- 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 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 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;
- 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 do documento que comprove a alteração.

09.

Alterações cadastrais

É de responsabilidade do beneficiário manter seu endereço e números de telefone sempre atualizados.

9.10. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS, PARA EFEITO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO OU PARA RECEBIMENTO DE REEMBOLSO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular), números completos do banco, agência e conta-corrente, CPF, endereço e telefones do correntista.

9.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

No mês de setembro de cada ano é concedido o direito de realizar *Up Grade* (alteração de plano inferior para superior) ou *Down Grade* (alteração de plano superior para inferior) com isenção dos prazos carenciais.

Para mudança de produto inferior para superior (*Up Grade*), o usuário deverá cumprir as carências abaixo relacionadas relativas, se houver, aos novos serviços, nova acomodação ou novos prestadores:

- a) **300 dias:** para os partos a termo, nos casos de mudança de plano sem obstetrícia, caso futuramente venha a ser contratado, para plano com obstetrícia;
- b) **180 dias:** para internações em geral.

O beneficiário que mudar de produto superior para inferior (*Down Grade*) somente poderá fazer nova mudança após o intervalo de 12 (doze) meses.

Prazo para alterações cadastrais

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser apresentadas com a documentação completa e respeitando-se 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:

09.

Alterações cadastrais

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.

Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém-adotados ou filho(s) menor(es) 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 reconhecimento de paternidade ou do casamento, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 9.11. ("Transferência de plano") deste capítulo.

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 CENTRAL NACIONAL UNIMED E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

10.1. 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 (exemplos)	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 Central Nacional Unimed. 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” (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 efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso”) 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 Central Nacional Unimed, 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

10. Pagamento

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.

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 a exclusão do beneficiário titular e a de seu(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 do cancelamento, por se tratar de pagamento prévio.

11.

Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESAO 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 casos de reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Central Nacional Unimed para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Central Nacional Unimed.

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 em decorrência do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo que ocorrerá a cada 12 (doze) meses do contrato.

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.

11.

Reajustes

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, neste Manual, 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 09. (“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 12.4. “Cancelamento da adesão por 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.

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,

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

sob pena de configurar-se a utilização indevida, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Central Nacional Unimed, 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, aceitação das condições de elegibilidade e quitação de eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carências, 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 Central Nacional Unimed, 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 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 declarados à Qualicorp.
- Fraude ou dolo.

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

- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Central Nacional Unimed, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- Inobservância das obrigações contratuais.
- Utilização indevida do cartão de identificação.
- Omissão ou distorção de informações que caracterizem fraude.

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 Central Nacional Unimed.

12.8. PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Ocorrendo perda ou extravio do cartão de identificação do benefício, o beneficiário deverá comunicar o fato à Qualicorp.

Anexo I
Plano ADESÃO BÁSICO
NACIONAL

Plano ADESÃO BÁSICO NACIONAL

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

ADESÃO BÁSICO NACIONAL

1.1.2. CÓDIGO DO PLANO

474.570/15-1

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.

Plano ADESÃO BÁSICO 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.

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 coletiva.

Plano ADESAO B3SICO NACIONAL

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANCA DE FAIXA ET3RIA

Os valores mensais do benefcio s3o estabelecidos com base na faixa et3ria do benefici3rio titular e de seu(s) benefici3rio(s) dependente(s) e ser3o reajustados, automaticamente, no m3s subsequente ao anivers3rio de cada benefici3rio, ao ocorrer mudan3a de faixa et3ria e conforme os percentuais m3ximos indicados a seguir:

Faixa	ADESAO B3SICO NACIONAL
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	18,48%
24 a 28 anos	7,87%
29 a 33 anos	2,60%
34 a 38 anos	15,04%
39 a 43 anos	15,42%
44 a 48 anos	40,40%
49 a 53 anos	31,87%
54 a 58 anos	12,46%
59 anos ou +	64,52%

Anexo II

Plano ADESÃO ESPECIAL NACIONAL

Plano ADESÃO ESPECIAL NACIONAL

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

ADESÃO ESPECIAL NACIONAL

1.1.2. Código do plano

474.572/15-8

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.

Plano ADESAO ESPECIAL 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.

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.

Plano ADESÃO ESPECIAL NACIONAL

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	ADESÃO ESPECIAL NACIONAL
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	19,57%
24 a 28 anos	7,20%
29 a 33 anos	2,51%
34 a 38 anos	15,61%
39 a 43 anos	15,31%
44 a 48 anos	40,18%
49 a 53 anos	32,06%
54 a 58 anos	12,49%
59 anos ou +	64,26%

Anexo III

Plano ADESÃO MÁSTER NACIONAL

PLANO ADESÃO MÁSTER NACIONAL

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS 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

ADESÃO MÁSTER NACIONAL

1.1.2. Código do plano

474.574/15-4

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.

PLANO ADEÇÃO MÁSTER 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.

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.

PLANO ADESÃO MÁSTER NACIONAL

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	ADESÃO MÁSTER NACIONAL
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	19,57%
24 a 28 anos	7,20%
29 a 33 anos	2,50%
34 a 38 anos	15,61%
39 a 43 anos	15,30%
44 a 48 anos	40,19%
49 a 53 anos	32,05%
54 a 58 anos	12,49%
59 anos ou +	64,26%

ANOTAÇÕES

[illegible]

ANOTAÇÕES

[illegible]

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 própria ou credenciada da Central Nacional Unimed 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 Central Nacional Unimed ou a Qualicorp.

Central de Atendimento 24h
Central Nacional Unimed

0800-942-0011

Para cartão com inicial 0865

0800-940-4774

Para cartão com inicial 0067

0800-940-0343

Para portadores de necessidades
especiais auditivas ou de fala

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Central Nacional Unimed:

ANS nº 339679

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.65.01.00002

C. nov/2015-00001 | 1. nov/2015