

# 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 Promédica, empresa de medicina de grupo pioneira no Norte-Nordeste e líder do seu setor na Bahia. Tem na medicina preventiva um de seus pilares, desenvolvendo programas que visam orientar, conscientizar e assistir os beneficiários para a adoção de um estilo de vida saudável.

### 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 Promédica, 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.

# 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 oferte esse tipo de benefício.

### INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

### RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

### REAJUSTE ANUAL

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

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

## INDIVIDUAL OU FAMILIAR

### O QUE É

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

### REQUISITOS

*É exigido da pessoa que pretende aderir:*

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

### INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

### RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

### REAJUSTE ANUAL

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

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

**Prezado(a) Beneficiário(a),**

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

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

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

**Seja bem-vindo(a)!**

**Qualicorp Administradora de Benefícios**



# Sumário

---

## CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios \_\_\_\_\_ pág. 07
02. A contratação coletiva do plano de saúde \_\_\_\_\_ pág. 10
03. Formas de utilização do plano de saúde \_\_\_\_\_ pág. 13
04. Coberturas e procedimentos garantidos \_\_\_\_\_ pág. 15
05. Exclusões de cobertura \_\_\_\_\_ pág. 27
06. Validação prévia de procedimentos \_\_\_\_\_ pág. 30
07. Carências \_\_\_\_\_ pág. 32
08. Cobertura parcial temporária \_\_\_\_\_ pág. 35
09. Alterações cadastrais \_\_\_\_\_ pág. 38
10. Pagamento \_\_\_\_\_ pág. 45
11. Reajustes \_\_\_\_\_ pág. 48
12. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão  
ao plano de saúde \_\_\_\_\_ pág. 50

# Sumário

---

## **ANEXOS**

Anexo I: Plano Preferencial \_\_\_\_\_ pág. 55

Anexo II: Plano Promix \_\_\_\_\_ pág. 59

Anexo III: Plano Class 10 \_\_\_\_\_ pág. 63

Anexo IV: Plano Referência GM \_\_\_\_\_ pág. 65

Anotações \_\_\_\_\_ pág. 74

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 Promédica.

## A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA PROMÉDICA, 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 Promédica analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas no contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, mantido com a Qualicorp, cujas condições contratuais ora estão reproduzidas neste Manual. A Entidade a que está vinculado o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme aos interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

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

- A. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;
- B. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;
- C. Movimentação cadastral;

# 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**

Rio de Janeiro: **(21) 3223-9059**

# A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

Outras localidades:

**4002-8877** (capitais e regiões metropolitanas)

**(11) 4002-8877** (demais regiões)

## CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL\*

### São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 8.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 Promédica. Pelo contrário, são estruturas que coexistem para você ter mais conveniência e conforto na utilização do seu plano de saúde.

## 02.

## A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO CELEBRADO COM A PROMÉDICA FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI N.º 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI N.º 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI N.º 10.741/03) E COM BASE NA LEI N.º 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 Promédica - Proteção Médica a Empresas S.A., e destinada à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

<b>Operadora</b>	Promédica – Proteção Médica a Empresas S.A. (ANS n.º 326861)
<b>Administradora de Benefícios/ Contratante</b>	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
<b>Entidade</b>	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.
<b>Beneficiários</b>	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação 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 todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de 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) menor de 24 (vinte e quatro) anos;\*
- Filho(s) inválido(s) de qualquer idade;\*
- Enteadado(a) solteiro(a) menor de 24 (vinte e quatro) anos;\*
- Menor de idade solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.\*

*\*Superadas as condições de adesão (por exemplo: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que se comprove a condição de dependência.*

## 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 saúde celebrado entre a Qualicorp e a Promédica vigorará pelo prazo 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 Promédica ou pela Qualicorp.

#### 2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Promédica poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Promédica 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 4 (quatro) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos Anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

<b>Categoria de plano</b>	<b>Código da ANS</b>
PLANO PREFERENCIAL	468.839/13-2
PLANO PROMIX	468.841/13-4
PLANO CLASS 10	468.834/13-1
REFERÊNCIA GM	468.736/13-1

---

### Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores da Promédica, bem como pela sua segmentação assistencial, pela abrangência geográfica e pelo 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 DE SAÚDE CONTRATADO, CONFORME DESCRITO NO CAPÍTULO 2 DESTES MANUAIS, RESPEITADOS OS TÓPICOS A SEGUIR.

### 3.1. ATENDIMENTO NA REDE PRÓPRIA E CREDENCIADA DA PROMÉDICA

A Promédica coloca à disposição do beneficiário sua rede própria e credenciada, de prestadores de serviços médicos. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Veja como agilizar o atendimento:

- Consulte a lista de credenciados para o seu plano e escolha o prestador de sua conveniência ou necessidade;
- Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
- Dirija-se ao prestador escolhido, munido de documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação válido da Promédica (veja a seguir). Caso não esteja de posse de seu cartão, solicite que o atendente entre em contato com a Operadora e peça a autorização.

#### Cartão de identificação

A Promédica disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o seu documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores próprios e credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e



Imagem meramente ilustrativa.

## 03.

# Formas de utilização do plano de saúde

---

intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.

### Lista de prestadores próprios e credenciados

---

A relação de prestadores é disponibilizada pela Promédica e está dividida em consultório, pronto-socorro, clínica ou hospital próprios. Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para consultar prestadores específicos, entre em contato com a Promédica, por meio do telefone do SOC - Serviço de Orientação ao Cliente, disponível 24 horas: **(71) 3271-9222** ou acesse o site **[www.promedica.com.br](http://www.promedica.com.br)**.



Imagem meramente ilustrativa.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

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

### 4.1. COBERTURAS

Os serviços de assistência médica e hospitalar previstos neste manual são os relacionados com todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e as doenças relacionadas na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*, da Organização Mundial da Saúde e do Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

### 4.2 DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

O segmento ambulatorial compreende os seguintes atendimentos:

- a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- c) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- d) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido pelo Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e Diretrizes Clínicas da ANS;
- e) cobertura de psicoterapia de acordo com número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme constante no tema Cobertura ao Transtorno Mental;
- f) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente e Diretrizes Clínicas da ANS;
- g) cobertura das ações de planejamento familiar, listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- h) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- i) cobertura de remoção, dentro da região de abrangência geográfica deste contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- j) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- k) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde, conforme descrito no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

- l) cobertura de radioterapia ambulatorial, conforme descrito no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- m) cobertura para procedimentos de hemodinâmica ambulatorial 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 no segmento ambulatorial conforme Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- n) cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- o) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- p) cobertura para procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, desde que previstos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- q) os exames e procedimentos requisitados por médicos não pertencentes à rede própria ou credenciada da Promédica, de acordo com o plano contratado, deverão ser solicitados por escrito contendo assinatura, número do CRM e CID do profissional solicitante.

### 4.2.1. DA COBERTURA AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

- a) As ações de planejamento familiar devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, observando-se as seguintes definições:

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

I – planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II – atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

III – aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

IV – atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

### 4.3. DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

O segmento hospitalar compreende os seguintes atendimentos:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados quando previstos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- f) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessário, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato e no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- g) cobertura de despesas de acompanhante, incluindo acomodação e alimentação, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- h) cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, destinado para a segmentação hospitalar, na forma da Lei, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais,

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

j) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida na legislação vigente;

- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;

- Hemoterapia;

- Nutrição parenteral ou enteral;

- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em saúde, da ANS, vigente à época do evento;

- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento;

- Radiologia intervencionista;

- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listada no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento; e

- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

k) a cobertura de 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;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- l) cobertura dos transplantes de rins e córneas, e do transplante de medula óssea por método autólogo e alogênico, listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados anteriormente conforme o Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;
- n) o beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente;
- o) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- p) cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. Para fins de cobertura de órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico, devem ser observados os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- q) ficará a critério do médico assistente a garantia da assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência;
- r) estarão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

constarem do Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitados as segmentações, os prazos de carência e Cobertura parcial temporária (CPT);

- s) é assegurada ao beneficiário titular e a seus dependentes a cobertura assistencial relativa a participação do profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;
- t) o atendimento deve ser assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitados a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços próprios e os prazos de carência estabelecidos no contrato;
- u) serão cobertos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, sendo respeitadas as segmentações contratadas;
- v) os procedimentos realizados por *laser*, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada. As escopias listadas no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens; e
- w) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

### 4.4. DA SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

O segmento obstétrico compreende os seguintes atendimentos:

- a) toda a cobertura definida para a segmentação hospitalar descrita anteriormente, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- b) cobertura das 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 contra indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;
- c) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e
- d) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

### 4.5. DA COBERTURA AO TRANSTORNO MENTAL.

- a) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, de acordo com a rede do plano contratado;
- b) a cobertura de psicoterapia respeitará o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente e Diretrizes Clínicas da ANS.;
- c) a internação psiquiátrica se dará apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
- d) estão cobertas as internações em hospital-dia de acordo com as Diretrizes de Utilização determinadas pela legislação vigente;
- e) entende-se por hospital-dia o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, pautados em programas de atenção e cuidados intensivos por equipe

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar; e

- f) todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

### 4.6. ATENDIMENTO EM PRONTOS-SOCORROS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

- a) atendimento de emergência/urgência, 24 (vinte e quatro) horas, nas unidades de emergência da operadora e nas clínicas por ela credenciadas para esse fim, nos municípios que compreendem a abrangência geográfica, de acordo com o plano contratado. Para saber mais, consulte os “Anexos” referentes a cada categoria de plano;
- b) entende-se como urgência o evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional;
- c) entende-se como emergência o evento que implica risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, mediante declaração do médico assistente;
- d) é assegurado após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário o atendimento integral de acidente pessoal caracterizado como urgência;
- e) é garantida a cobertura do atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência ou nos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (art. 4.º da Resolução CONSU n.º 13/98);
- f) é garantida a cobertura do atendimento de urgência e emergência aos beneficiários que estiverem em situação de carência ou Cobertura parcial temporária (CPT), pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Artigos 3.º e 6.º da Resolução CONSU n.º 13/98);
  - f.1) a cobertura do atendimento de urgência/emergência para os casos de Doenças e lesões preexistentes (DLP) será limitada a, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento, desde que não seja necessária a realização de eventos cirúrgicos,

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados com Doenças ou lesões preexistentes (DLP), sendo que nesta situação a cobertura cessará e a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do beneficiário titular, não cabendo ônus à Promédica;

- g) quando for necessária para continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à Promédica;
- h) após cumpridas as carências contratuais, é assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para preservação da vida, órgãos e funções;
- i) a Promédica garantirá a cobertura de remoção por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste manual, conforme o anexo do respectivo plano contratado, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando bem caracterizada pelo médico-assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- j) caberão à Operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente, conforme previsto no item k) a seguir, até o registro de internação, para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, caso venha a ser necessário;
- k) as remoções inter-hospitalares serão realizadas por solicitação do médico-assistente e através de ambulância por via terrestre, sem quaisquer ônus para o paciente, na necessidade do transporte do paciente do hospital de origem para o hospital de destino, devendo ser previamente autorizadas pela Promédica;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- l) as remoções serão cobertas dentro dos limites da abrangência geográfica, de acordo com o plano contratado. Para saber mais sobre a abrangência geográfica, consulte, neste Manual, o respectivo anexo;
- m) nos casos de urgência ou emergência, caso não haja serviços próprios ou rede credenciada nos municípios abrangidos pelo plano contratado, a Promédica procederá o reembolso das despesas médico-hospitalares pagas pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviço, limitado a uma vez a Tabela de Honorários Médicos da Promédica (THMP) e a Tabela Hospitalar da Promédica (THP);
- n) o prazo para pagamento do referido reembolso será de, no máximo, 30 (trinta) dias após a entrega de toda a documentação exigida, ou seja, recibos de honorários profissionais e/ou Notas Fiscais, em seus respectivos originais; e
- o) o prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos pelo plano.

---

### Atenção

A cobertura descrita no item 4.6. (“Atendimento em prontos-socorros em situações de emergência/urgência”) não se aplica ao plano Referência GM. Para saber sobre as coberturas para os atendimentos de urgência e emergência do plano Referência GM, consulte o “Anexo” do respectivo plano neste Manual.

---

## 05. Exclusões de cobertura

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

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

- 5.1. Procedimentos clínicos, cirúrgicos, exames complementares e métodos auxiliares não previstos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde editado pela ANS; consultas, tratamentos e internações antes do cumprimento das carências previstas na cláusula anterior.
- 5.2. Fornecimento de óculos, lentes de contato, aparelhos para surdez, aparelhos ortopédicos em geral, estéticos e/ou para complementação de função, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico coberto.
  - 2.1. As mesmas restrições de cobertura se aplicam para os procedimentos cirúrgicos que estejam em período de carência ou não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- 5.3. Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e/ou alterações somáticas, bem como não éticos, ilícitos e experimentais.
- 5.4. Tratamento odontológico clínico ou cirúrgico, mesmo em consequência de acidentes pessoais, exceto para cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

## 05.

# Exclusões de cobertura

- 5.5. Transplantes e implantes de órgãos e despesas com doadores, exceto para os transplantes de rim, de córnea e de medula óssea autólogos e alogênicos.
- 5.6. Consulta, atendimento médico e enfermagem em domicílio; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; despesas de qualquer natureza com acompanhante de paciente internado, exceto de alimentação de acompanhante de menores de 18 anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
- 5.7. Realização de necrópsias.
- 5.8. Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, inclusive procedimentos relacionados como o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).
- 5.9. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em *spas*, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais; estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- 5.10. Inseminação artificial, em suas diversas modalidades.
- 5.11. Vacinas e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência.
- 5.12. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

## 05. Exclusões de cobertura

- 5.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 5.14. Fornecimento de atestados e laudos de avaliação de saúde para quaisquer outros fins que não os de afastamento ao trabalho.
- 5.15. Todos os procedimentos médico-hospitalares não previstos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde editado pela ANS dos Planos Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

## Validação prévia de procedimentos

---

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

Somente necessitarão de validação prévia para a realização na rede própria e credenciada, de acordo com o plano contratado, os atendimentos ambulatoriais eletivos, as internações de qualquer natureza, terapias, bem como os exames clínicos e laboratoriais não listados a seguir e que constem no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento:

Exames clínicos e laboratoriais:

- a) análises clínicas;
- b) anatomopatologia;
- c) radiologia, exceto a intervencionista;
- d) eletrocardiografia;
- e) eletroencefalografia convencional;
- f) ultrassonografias;
- g) endoscopias diagnósticas realizadas em nível ambulatorial, exceto a ecoendoscopia alta ou baixa.

A solicitação de validação prévia de procedimentos da Promédica deverá estar acompanhada dos seguintes documentos:

- a) Requisição de médico especialista na área, onde conste(m) o(s) exame(s) de forma especificada.
- b) Prescrição do médico especialista na área, onde constem o tratamento proposto e o diagnóstico ou dados clínicos.
- c) Relatório do médico especialista na área, com a justificativa, diagnóstico, número de sessões e o período aproximado do tratamento.

## Validação prévia de procedimentos

---

As solicitações de internações deverão ser acompanhadas de relatório médico indicando o diagnóstico e o tratamento proposto, acompanhado de resultado de exames complementares que comprovem a patologia, salvo nos casos de emergência comprovada.

As internações requisitadas pelos médicos da Promédica ou da rede credenciada, de acordo com o plano contratado, serão feitas mediante guias, salvo nos casos de emergência comprovada. Nesta última hipótese, o paciente beneficiário ou seu responsável assinará um termo de responsabilidade, devendo o beneficiário providenciar a guia e entregá-la ao hospital dentro de 48 (quarenta e oito) horas úteis que se sucederem à internação, sob pena de arcar com as respectivas despesas.

---

### Atenção

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para outros exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com o Serviço de Orientação ao Cliente - SOC, disponível 24 horas.

---

### Como solicitar validação prévia

Entre em contato com o Serviço de Orientação ao Cliente SOC – 24 horas:

**Tel.: (71) 3271-9222 (Salvador e região metropolitana)**

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

---

# 07.

## Carências

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

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

### 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 carências indicados na tabela a seguir (exceto para o plano Referência GM, cuja tabela específica de carências consta no respectivo “Anexo” deste Manual) só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 7.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 7.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

Item	Carências contratuais	Coberturas
<b>A</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>	Casos de acidentes pessoais, sem restrições, ocorridos comprovadamente a partir da data de início de vigência do beneficiário no contrato.
<b>B</b>	<b>30 (trinta) dias</b>	Consultas médicas, todos os exames complementares decorrentes de consultas médicas (exceto aqueles especificados a seguir).

## 07. Carências

Item	Carências contratuais	Coberturas
<b>C</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>	Exames e tratamentos de radioterapia, quimioterapia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, ecocardiograma, eletroencefalograma, eletrocardiograma, <i>holter</i> 24 horas, angiografia, videolaparoscopia e laparoscopia diagnóstica, internações clínicas ou cirúrgicas, cirurgias programadas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico 0), cirurgia cardíaca, cateterismo cardíaco, ressonância nuclear magnética, litotripsia extracorpórea, medicina nuclear, cintilografias, sialocintilografia, mapeamento ósseo, densitometria óssea.
<b>D</b>	<b>300 (trezentos) dias</b>	Partos a termo.

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.

O filho recém-nascido, filho natural, adotivo de beneficiário titular do plano de saúde poderão ser inscritos sem alegação de qualquer doença ou lesão preexistente ou cumprimento de carência desde que a inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do nascimento ou adoção, período em que será garantida a assistência médica dentro da cobertura do plano do beneficiário titular. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, sob guarda ou tutela do beneficiário titular de plano de saúde, poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, seja ele pai ou mãe, desde que a inclusão seja feita em até 30 (trinta) dias contados a partir do evento, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei n.º 9.656/98 e Súmula 25 de 2012.

## 07. Carências

---

Os dependentes do beneficiário titular que venham a ser incluídos no plano de saúde após os prazos previstos no parágrafo anterior 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 plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Promédica no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salieta-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 Promédica, 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.

### 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. Salieta-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 assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Promédica.
- 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.

## 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 sofredor, 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) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

## 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 Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **[www.ans.gov.br](http://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 poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.
- Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.

## Cobertura parcial temporária

---

- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de 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 SOLICITAÇÃO POR ESCRITO ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR E ENCAMINHADA À QUALICORP, QUE DEVERÁ RECEBÊ-LA ACOMPANHADA DE TODOS OS DOCUMENTOS INDICADOS, CONFORME AS ORIENTAÇÕES E OS PRAZOS APRESENTADOS A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

### 9.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

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

### 9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. Escritura Pública de União Estável, feita em cartório por um tabelião, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do 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;

## 09.

# Alterações cadastrais

---

- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

### 9.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

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

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

### 9.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) MENORES DE 24 (VINTE E QUATRO) ANOS:

- 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.*

## Alterações cadastrais

---

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

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

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

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

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

## 09.

# Alterações cadastrais

---

- 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 ele seja solteiro e menor de 24 (vinte e quatro) anos, podendo ser solicitada documentação complementar (ver o item 2.1.2., "Quem pode ser beneficiário dependente").*

### 9.7. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) MENOR DE 24 (VINTE E QUATRO) ANOS:

- 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(a) enteado(a) (se houver);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Cópia da Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável, feita em cartório por um tabelião, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando 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.*

# 09.

## Alterações cadastrais

---

### 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 do beneficiário 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.

*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.

## 09. Alterações cadastrais

---

### 9.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência de um plano inferior para plano de categoria superior poderá ser realizada apenas no mês de aniversário do contrato coletivo (setembro) celebrado entre a Qualicorp e a Promédica. Os beneficiários ficarão sujeitos ao cumprimento de um período de 6 (seis) meses de carência para utilização das vantagens do novo plano, inclusive quanto à nova rede credenciada e padrão de acomodação, continuando a ser atendidos normalmente dentro das condições previstas para o plano anterior, até que se complete a respectiva carência.

A transferência de beneficiários de um plano superior para outro inferior somente será possível após a permanência mínima de 1 (um) ano no plano de origem. Não haverá carência para esse tipo de transferência.

Tanto para a transferência de plano superior quanto para plano inferior a solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Por exemplo: beneficiários com início de vigência no dia 1 (um) deverão fazer a solicitação de transferência até o dia 11 (onze) de agosto, e assim por diante. Desde que a solicitação seja realizada no prazo e as condições descritas neste item 9.11. (“Transferência de plano”) sejam atendidas, a transferência passará a vigorar no mês de setembro, no dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular.

A transferência do beneficiário titular acarretará a transferência dos seus beneficiários dependentes inscritos no benefício. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro benefício, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com número de registro próprio e distinto do benefício de origem.

Ressalta-se também que o plano e o padrão de acomodação dos beneficiários dependentes sempre serão iguais aos do beneficiário titular.

## 09. Alterações cadastrais

### Prazo para alterações cadastrais

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser apresentadas com a documentação completa e respeitando-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 de vigência do benefício do titular. Por exemplo:

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

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

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

Excetua-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos ou filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, sob guarda, tutela do beneficiário titular, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento ou da adoção respectivamente.

### Como efetuar alterações cadastrais

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

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

# 10. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA PROMÉDICA 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 o pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) pelo beneficiário titular.

Veja abaixo alguns exemplos:

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

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

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Promédica. 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 Promédica, nas condições estabelecidas, notadamente as pecuniárias, a eventual inadimplência do(s) beneficiário(s) pode inviabilizar o projeto idealizado, criado e implantado, com o seu respectivo objetivo e resultado final, em detrimento da coletividade à qual o(s) beneficiário(s) se vincula(m).

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

# 10. Pagamento

---

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

**A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) do contrato coletivo, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendentes 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 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 ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) AO CONTRATO COLETIVO, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO 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 Promédica para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Promédica.

---

## 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 de acordo com a variação do IGP-M, publicado pela Fundação Getúlio Vargas ou outro índice que vier a ser determinado pelo Governo Federal, será efetuado anualmente independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

### 11.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

Os valores do benefício serão avaliados anualmente e poderão ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração,

# 11. Reajustes

---

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 (TITULARES E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

### 12.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

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

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

### 12.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

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

---

### Atenção

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

---

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

---

### 12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

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

### 12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

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

---

### Atenção

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

---

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

---

### 12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

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

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

### 12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

A Promédica, 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 influenciado na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.

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

---

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

---

### Atenção

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

---



**Anexo I**  
Plano Preferencial

# Plano Preferencial

---

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

---

Plano Preferencial

#### 1.1.2. Código do plano

---

468.839/13-2

### 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 Municipal.

### 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 exclusivamente o município de Salvador, no estado da Bahia, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

# Plano Preferencial

---

## 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.

## 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 a mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

# Plano Preferencial

---

<b>Faixa etária</b>	<b>Plano Preferencial</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,02%
De 24 a 28 anos	10,21%
De 29 a 33 anos	11,61%
De 34 a 38 anos	5,59%
De 39 a 43 anos	4,85%
De 44 a 48 anos	41,61%
De 49 a 53 anos	30,61%
De 54 a 58 anos	40,63%
59 anos ou mais	33,36%

### 03. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

No Plano Preferencial os beneficiários serão atendidos por médicos da Promédica em consultórios, prontos-socorros, clínicas ou hospitais próprios da Operadora, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, indicados no *Guia Médico*.

**Anexo II**  
Plano Promix

# Plano Promix

---

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

---

Plano Promix

#### 1.1.2. Código do plano

---

468.841/13-4

### 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 Grupo de Municípios.

### 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 o “Grupo de Municípios” listados a seguir, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

# Plano Promix

## Grupo de Municípios

Salvador, Camaçari, Candeias, Simões Filho e Dias D'Ávila, situados no estado da Bahia.

### 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.

## 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 a mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

# Plano Promix

<b>Faixa etária</b>	<b>Plano Promix</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,03%
De 24 a 28 anos	10,21%
De 29 a 33 anos	11,61%
De 34 a 38 anos	5,59%
De 39 a 43 anos	4,85%
De 44 a 48 anos	41,61%
De 49 a 53 anos	30,61%
De 54 a 58 anos	40,63%
59 anos ou mais	33,36%

### 03. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

No Plano Promix os beneficiários serão atendidos por médicos da Promédica em consultórios, prontos-socorros, clínicas ou hospitais, próprios ou credenciados à Operadora, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, indicados no *Guia Médico*.

**Anexo III**  
Plano Class 10

# Plano Class 10

---

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

---

Plano Class 10

#### 1.1.2. Código do plano

---

468.834/13-1

### 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 Grupo de Municípios.

### 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 o “Grupo de Municípios” listados a seguir, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

# Plano Class 10

## **Grupo de Municípios**

Salvador, Camaçari, Candeias, Simões Filho e Dias D'Ávila, situados no estado da Bahia.

### 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.

## 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 a mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

## Plano Class 10

<b>Faixa etária</b>	<b>Plano Class 10</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,02%
De 24 a 28 anos	10,21%
De 29 a 33 anos	11,61%
De 34 a 38 anos	5,58%
De 39 a 43 anos	4,85%
De 44 a 48 anos	41,62%
De 49 a 53 anos	30,61%
De 54 a 58 anos	40,63%
59 anos ou mais	33,36%

### 03. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

No Plano Class 10 os beneficiários serão atendidos por médicos da Promédica em consultórios, prontos-socorros, clínicas ou hospitais, próprios ou credenciados à Operadora, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, indicados no *Guia Médico*.

**Anexo IV**  
Plano Referência GM

# Referência GM

---

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

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

### 1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

#### 1.1.1. Nome comercial

---

Referência GM

#### 1.1.2. Código do plano

---

468.736/13-1

### 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 “Grupo de Municípios”.

### 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 o “Grupo de Municípios” listados a seguir, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

# Referência GM

## Grupo de Municípios

Salvador, Camaçari, Candeias, Simões Filho e Dias D'Ávila, situados no estado da Bahia.

### 1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

### 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

### 1.6. ATENDIMENTO EM PRONTOS-SOCORROS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

- a) Atendimento de emergência/urgência, 24 (vinte e quatro) horas, nas unidades de emergência da Operadora e nas clínicas por ela credenciadas para esse fim, nos municípios que compreendem a abrangência geográfica, de acordo com o plano contratado. Para saber mais, consulte os itens 1.2. (“Abrangência geográfica”) e 1.3. (“Área de atuação”) deste anexo.
- b) Entende-se como urgência o evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional.
- c) Entende-se como emergência o evento que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o beneficiário, mediante declaração do médico assistente.

## Referência GM

---

- d) É assegurado após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário no plano o atendimento integral caracterizado como urgência e emergência, mesmo que estes inscritos no cadastro da Operadora estejam cumprindo prazos de carência, salvo nos casos de Doenças e lesões preexistentes (DLP).
- e) A Promédica garantirá a cobertura de remoção por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no plano contratado, conforme previsto na letra i) a seguir, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando bem caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.
- f) É garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver a Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de realização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP), sendo que nesta situação a cobertura cessará e a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do beneficiário titular, não cabendo ônus à Promédica.
- g) Garantia de remoção para unidade do SUS através da Promédica, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário titular e ou dependente estejam em cumprimento da CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e PAC relacionados à DLP.
  - g.1) Caberão à Operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente, por via terrestre, conforme previsto na letra i) a seguir, até o registro de internação, para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, caso venha a ser necessário.
- h) As remoções inter-hospitalares serão realizadas por solicitação do médico-assistente e através de ambulância por via terrestre, sem quaisquer ônus

## Referência GM

---

para o paciente, na necessidade do transporte do paciente do hospital de origem para o hospital de destino, devendo ser previamente autorizadas pela Promédica.

- i) As remoções serão cobertas dentro dos limites da abrangência geográfica, de acordo com o plano contratado. Para saber mais sobre a abrangência geográfica, consulte neste Anexo os itens 1.2. (“Abrangência geográfica”) e 1.3. (“Área de atuação”).
- j) Quando o beneficiário titular ou dependente, inscritos no cadastro da Promédica, ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na letra g) anteriormente descrita, a Promédica estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- k) Nos casos de urgência ou emergência, caso não haja serviços próprios ou rede credenciada nos municípios abrangidos pelo plano contratado, a Promédica procederá o reembolso das despesas médico-hospitalares pagas pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviço, limitado a uma vez a Tabela de Honorários Médicos da Promédica (THMP) e a Tabela Hospitalar da Promédica (THP).
- l) O prazo para pagamento do referido reembolso será de, no máximo, 30 (trinta) dias após a entrega de toda a documentação exigida, ou seja, recibos de honorários profissionais e/ou Notas Fiscais, em seus respectivos originais.
- m) O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos pelo plano.

# Referência GM

## 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 a mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

<b>Faixa etária</b>	<b>Plano Referência GM</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,03%
De 24 a 28 anos	10,21%
De 29 a 33 anos	11,43%
De 34 a 38 anos	5,77%
De 39 a 43 anos	4,83%
De 44 a 48 anos	41,61%
De 49 a 53 anos	30,61%
De 54 a 58 anos	40,63%
59 anos ou mais	33,36%

## 03. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

No plano Referência GM os beneficiários serão atendidos por médicos da Promédica em consultórios, prontos-socorros, clínicas ou hospitais, próprios ou credenciados à Operadora, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, indicados no *Guia Médico*.

## 04. CARÊNCIA

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 normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Promédica e a Qualicorp.*

## Referência GM

Especificamente para o plano Referência GM deverão ser cumpridas as carências indicadas no quadro abaixo:

Item	Carências contratuais	Coberturas
<b>A</b>	24 (vinte e quatro) horas	Para cobertura integral nos casos de urgência e emergência, sem restrições, ocorridos comprovadamente a partir da data de início de vigência do beneficiário no contrato.*
<b>B</b>	30 (trinta) dias	Consultas médicas, todos os exames complementares decorrentes de consultas médicas (exceto aqueles especificados abaixo).
<b>C</b>	180 (cento e oitenta) dias	Exames e tratamentos de Radioterapia, Quimioterapia, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Holter 24 horas, Angiografia, videolaparoscopia e Laparoscopia Diagnóstica, internações clínicas ou cirúrgicas, cirurgias programadas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico 0), cirurgia cardíaca, cateterismo cardíaco, ressonância nuclear magnética, litotripsia extracorpórea, medicina nuclear, cintilografias, sialocintilografia, mapeamento ósseo, densitometria óssea.
<b>D</b>	300 (trezentos) dias	Partos a termo.

\*Exceto para urgências e emergências decorrentes de Doenças e lesões preexistentes, na qual o beneficiário terá direito à cobertura limitada de 12 horas, conforme item 1.6. ("Atendimento em prontos-socorros em situações de emergência/urgência"), letra "f" deste Anexo.







## 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 Promédica para o seu plano de saúde..
- 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 Promédica ou a Qualicorp.

Serviço de Orientação ao  
Cliente (SOC) 24h Promédica

---

**(71) 3271-9222**

Salvador e região metropolitana

Central de Serviços Qualicorp

---

**4004-4400**

Capitais e regiões metropolitanas

**0800-16-2000**

Demais regiões

SAC Qualicorp

---

**0800-779-9002**

Todo o Brasil

Promédica:

**ANS nº 326861**

Qualicorp Adm. de Benefícios:

**ANS nº 417173**



3.11.15.22.00016

C. abr/2015-00001 | I. abr/2015