

# Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão



# Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

## COLETIVO POR ADESÃO

---

### BENEFICIÁRIO

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

### OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Unimed Natal, uma das líderes do mercado de saúde suplementar no Rio Grande do Norte. Prestando serviços de qualidade desde 1977, ela está integrada ao Sistema Nacional Unimed, que reúne centenas de cooperativas na maior rede de assistência médica do Brasil e no maior sistema de saúde da América Latina.

### ENTIDADE

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

### ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Unimed Natal, 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. 14
04. Coberturas e procedimentos garantidos \_\_\_\_\_ pág. 20
05. Exclusões de cobertura \_\_\_\_\_ pág. 33
06. Validação prévia de procedimentos \_\_\_\_\_ pág. 36
07. Carências \_\_\_\_\_ pág. 37
08. Cobertura parcial temporária \_\_\_\_\_ pág. 40
09. Alterações cadastrais \_\_\_\_\_ pág. 43
10. Pagamento \_\_\_\_\_ pág. 50
11. Reajustes \_\_\_\_\_ pág. 54
12. Exclusão, suspensão, cancelamento e  
nova adesão ao plano de saúde \_\_\_\_\_ pág. 56

# Sumário

---

## **ANEXOS**

Anexo I: Plano Unicol II C-E \_\_\_\_\_ pág. 61

Anexo II: Plano Unicol II C-A \_\_\_\_\_ pág. 65

Anexo III: Plano Unicol II I-E \_\_\_\_\_ pág. 69

Anexo IV: Plano Unicol II I-A \_\_\_\_\_ pág. 73

Anexo V: Plano Unicol II \_\_\_\_\_ pág. 77

Anotações \_\_\_\_\_ pág. 82

Use bem, use sempre \_\_\_\_\_ contracapa

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

# A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

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

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

Neste caso, a Unimed Natal 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;

# 01.

## A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

- D. Conferência de faturas;
- E. Cobrança aos beneficiários;
- F. Atendimento aos beneficiários para questões administrativas;
- G. Distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

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

### CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

#### Central de Serviços

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

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

Demais regiões: **0800-16-2000**

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

#### SAC

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

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

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

### CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: **(11) 3016-8836**

Outras localidades:

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

**(11) 4002-8877** (demais regiões)

# 01.

## A Qualicorp Administradora de Benefícios

---

### CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL\*

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

#### **São Paulo**

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1º andar

Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01313-020

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados)

#### OUVIDORIA

**ouvidoria@qualicorp.com.br**

#### CORREIO

Caixa Postal 65155

São Paulo – SP – CEP 01318-970

#### INTERNET

Portal de Serviços: **www.qualicorp.com.br**

(para entrar em contato com a Qualicorp, veja especialmente a página

**www.qualicorp.com.br/faleconosco**)

Esses canais não substituem nem invalidam os canais de atendimento da Unimed Natal. 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 UNIMED NATAL 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 Unimed Natal e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

<b>Operadora</b>	Unimed Natal – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico (ANS n.º 335592)
<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.

---

### 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.

---

## 02.

# A contratação coletiva do plano de saúde

---

Para todos os planos deste contrato coletivo, os serviços serão prestados pela Unimed Natal, através de seus médicos cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou contratados, bem como pelas demais cooperativas médicas da Unimed, observada a abrangência geográfica deste benefício.

Quando os atendimentos de urgência e emergência não forem prestados pela Unimed Natal, mas sim por uma cooperativa Unimed porventura existente onde se encontrar o beneficiário, o atendimento será prestado sempre de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento local, conforme as condições contratuais do plano contratado pelo beneficiário.

### 2.1. BENEFICIÁRIOS

#### 2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

#### 2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

- Cônjuge ou companheiro(a), desde que se comprove, nesse último caso, a união estável, conforme Lei Civil;
- Filho(a) solteiro(a) menor de 21 (vinte e um) ou, se estudante de curso universitário de graduação, menor de 24 (vinte e quatro) anos;
- Filho(a) inválido(a) de qualquer idade;

## 02.

## A contratação coletiva do plano de saúde

- Enteadado(a) solteiro(a) menor de 21 (vinte e um) anos ou, se estudante de curso universitário de graduação, menor de 24 (vinte e quatro) anos;
- Menor solteiro(a) que por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.

### 2.2. VIGÊNCIA DO CONTRATO COLETIVO

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

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

#### 2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Natal poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Unimed Natal 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 5 (cinco) 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>
Unicol II C-E	463.909/11-0
Unicol II C-A	463.910/11-3
Unicol II I-E	463.907/11-3
Unicol II I-A	463.908/11-1
Unicol II	419.355/99-5

## 02.

# A contratação coletiva do plano de saúde

---

### Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores cooperados e credenciados da Unimed Natal, que acompanha este Manual, bem como pela sua segmentação assistencial, sua acomodação em caso de internação e seus mecanismos de regulação.

Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

---

## Formas de utilização do plano de saúde

---

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

### 3.1. ATENDIMENTO NA REDE COOPERADA E CREDENCIADA DA UNIMED NATAL

#### *Disponível para todos os planos*

A Unimed Natal coloca à disposição do beneficiário uma rede cooperada e credenciada de prestadores de serviços médicos, sendo que nesses estabelecimentos o atendimento não demanda nenhum tipo de pagamento, por parte do beneficiário, ao prestador escolhido. Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp, conforme exposto, a seguir, neste mesmo capítulo.

#### 3.1.1. MECANISMO DE REGULAÇÃO

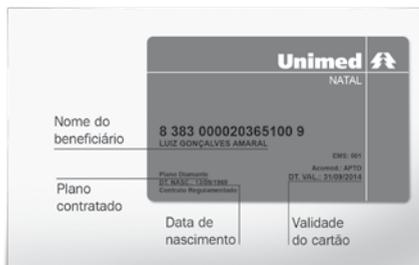
Para alguns planos deste contrato coletivo, a Operadora adota o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas em regime ambulatorial, exames, terapias, procedimentos auxiliares de diagnose e internações. Para conferir as condições e valores para sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

## 03.

# Formas de utilização do plano de saúde

## Cartão individual de identificação

A Unimed Natal disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Esse cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores da rede cooperada e credenciada no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.



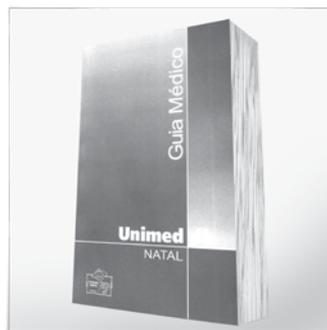
A renovação do cartão ocorrerá a cada 3 (três) anos.

## Guia Médico

É fornecido ao beneficiário titular um exemplar do *Guia Médico*, de responsabilidade da Operadora, do qual constam os serviços médicos cooperados e credenciados da Operadora em sua área de abrangência.

### 3.1.2. COMO REALIZAR CONSULTAS E TERAPIAS

1. Consulte o *Guia Médico* da Unimed Natal e escolha o prestador cooperado ou credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano;
2. Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
3. No dia marcado, dirija-se ao local de atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Natal e de sua cédula de identidade (RG).



Imagens meramente ilustrativas.

## Formas de utilização do plano de saúde

---

### 3.1.3. COMO REALIZAR EXAMES E PROCEDIMENTOS AUXILIARES DE DIAGNOSE

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

### 3.1.4. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

1. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado assistente entregará a você a solicitação de internação, transcrita em formulário próprio;
2. Entregue a solicitação diretamente à Unimed Natal, para obter a senha de internação. Quando a senha for liberada, você receberá a guia de internação da Unimed Natal;
3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da guia de internação e também de seu cartão de identificação válido Unimed Natal e de sua cédula de identidade (RG).

### 3.1.5. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

1. Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Em caso de dúvida, consulte o *Guia Médico* da Unimed Natal ou entre em contato com a Unimed Natal, pelo telefone **0800-084-2323**;
2. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Natal e de sua cédula de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

## 03.

# Formas de utilização do plano de saúde

---

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

### 3.2. ATENDIMENTO NA REDE DAS DEMAIS COOPERATIVAS DO SISTEMA NACIONAL UNIMED

O Sistema Nacional Unimed é o conjunto de todas as cooperativas de trabalho médico Unimed, Pessoas Jurídicas entre si, com autonomia administrativa, comercial e financeira. A Unimed Natal é uma das cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed.

Na rede de médicos cooperados do Sistema Nacional Unimed, bem como nos estabelecimentos pertencentes à rede credenciada do Sistema Nacional Unimed, o atendimento não demanda nenhum tipo de pagamento, por parte do beneficiário, ao prestador do serviço. Nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita, pela Qualicorp, conforme exposto neste mesmo capítulo.

O atendimento aos beneficiários deste contrato coletivo, na rede cooperada e credenciada do Sistema Nacional Unimed, será feito **somente nos casos de urgência e emergência**, de acordo com as condições e os limites contratuais de cada plano, e sempre em conformidade com os recursos técnicos de que a respectiva cooperativa disponha para a assistência médica e hospitalar.

Para utilizar corretamente o Sistema Nacional Unimed, tenha sempre em mãos o seu cartão de identificação personalizado.

---

### Atenção

O atendimento aos beneficiários fora da área de abrangência da Unimed Natal será realizado pelas demais cooperativas pertencentes ao Sistema Nacional Unimed, de acordo com as condições e os limites contratuais de cada plano. O beneficiário também deve respeitar, em todos os casos de atendimento fora da área de abrangência da Unimed Natal, as regras operacionais e de atendimento da Unimed da localidade.

---

## Formas de utilização do plano de saúde

---

### 3.2.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nas situações de urgência ou emergência ocorridas fora da área de abrangência da Unimed Natal, porém dentro do território nacional, a assistência médica e hospitalar será prestada aos beneficiários através de uma das demais cooperativas médicas integrantes do Sistema Nacional Unimed, sempre em conformidade com os respectivos recursos técnicos de que a cooperativa disponha para fazê-lo.

Nesses casos, o beneficiário deverá entrar em contato com a Unimed Natal, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento. O telefone da Unimed Natal é **0800-084-2323**.

Estão cobertos os atendimentos em casos de urgência ou emergência, realizados na rede médica cooperada ou credenciada das demais cooperativas do Sistema Nacional Unimed, em todos os planos deste contrato coletivo, respeitadas as condições e os limites contratuais de cada plano.

### 3.3. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, ONDE NÃO EXISTAM PRESTADORES DO SISTEMA NACIONAL UNIMED

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

Veja como proceder:

1. Mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed;
2. Caso efetivamente a localidade não possua um prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed, dirija-se a um prestador local para que o atendimento seja realizado;

## 03.

# Formas de utilização do plano de saúde

---

3. Pague pelos serviços e solicite um relatório médico que justifique o atendimento, bem como os recibos e/ou notas fiscais quitadas, no original, com a discriminação de cada um dos procedimentos realizados;
4. Para solicitar o reembolso, entre em contato diretamente com a Unimed Natal, no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir do evento ou da alta hospitalar.

---

### Atenção

Em todos os planos deste contrato coletivo, estarão cobertos os atendimentos realizados em localidades onde não existam prestadores do Sistema Nacional Unimed, respeitando as condições e limites do plano contratado, somente quando solicitados em caráter de urgência e/ou emergência, assim considerados aqueles que impliquem risco imediato de vida, de lesões irreparáveis ou de complicações no processo gestacional, e como tal declarados pelo médico assistente do beneficiário, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Unimed Natal, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

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

---

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

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

### 4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviço de saúde.

Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, caso haja indicação clínica.

Cobertura das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

Cobertura de todos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, quando elas constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), e a segmentação contratada.

Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidente de trabalho.

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

---

### Atenção

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

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

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

---

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

### 4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

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

Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.

Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).

Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de saúde.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

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

Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

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

Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

### 4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

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

---

### Atenção

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário, haverá coparticipação por cada período de internação psiquiátrica, de acordo com o plano contratado.

---

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

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

Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar do beneficiário, quando indicado pelo médico assistente.

Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

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

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

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

Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.

Cobertura das despesas relativas a um acompanhante do beneficiário, que incluem:

- a) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista, necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo hospital;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

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

A cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, “e”, da Lei n.º 9656/1998).

---

### Atenção

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

---

Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.

Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.

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

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

### Atenção

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

---

Cobertura da cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Cobertura da cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

- A. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- B. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- C. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- D. Hemoterapia;
- E. Nutrição parenteral ou enteral;
- F. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- G. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- H. Radiologia intervencionista;
- I. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- J. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

- K. Acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, dos beneficiários pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, excetuando-se o fornecimento de medicação de manutenção.

Cobertura para transplantes de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- A. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão às expensas da Operadora;
- B. os medicamentos utilizados durante a internação;
- C. o acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- D. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

---

### Atenção

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

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

---

Cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico-assistente do beneficiário a sua indicação.

Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização da ANS.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

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

### 4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

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

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

---

### Atenção

A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.

---

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

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

---

### Atenção

Os casos de clínica médica de urgência, salvo quando em período de carência ou Cobertura parcial temporária (CPT), serão cobertos se solicitados pelo médico assistente. Estarão cobertos os honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos referentes às especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e realizados durante a internação.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

Tais procedimentos incluem os serviços prestados pelo médico assistente ou cirurgião, auxiliares, anestesistas e instrumentadores previstos pela Unimed Natal.

---

### 4.1.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

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

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

Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional.

Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos no contrato, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

Nos casos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a beneficiária terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura parcial temporária, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP).

A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP), ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS.

Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária, por indicação médica, para outra unidade própria ou credenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede própria ou credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.

Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.

Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade própria ou cooperada, será garantido o reembolso de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora à rede própria ou cooperada para o plano do beneficiário.

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

Desde que os passos indicados sejam rigorosamente cumpridos, ou seja, desde que sejam apresentados, dentro do prazo estipulado, todos os documentos necessários (veja a seguir, neste capítulo), os reembolsos serão efetuados no prazo de 30 (trinta) dias pela Unimed Natal, contados a partir da data em que a Operadora efetivamente receber do beneficiário toda a documentação necessária.

## Coberturas e procedimentos garantidos

---

Salienta-se que os reembolsos serão efetuados de acordo com os valores da Tabela de Referência da Unimed Natal vigente na data do evento, sendo que somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário paciente, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

### 4.1.4.1. Documentos necessários para reembolso de despesas

---

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

- Formulário próprio para a solicitação de reembolso, devidamente preenchido;
- Relatório do médico assistente, declarando o nome e o código de identificação do paciente beneficiário, a data do atendimento, a descrição do tratamento, justificção dos procedimentos realizados e, quando for o caso, o período de permanência do beneficiário no hospital, a indicação da data da alta hospitalar, o CID da doença básica, a descrição das complicações e o relatório de alta;
- Conta hospitalar, discriminando os materiais e medicamentos utilizados, com o preço por unidade, acompanhada das Notas Fiscais, faturas ou recibos do hospital, em via original;
- Recibos individualizados dos honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente do beneficiário.

Ressalta-se que, na falta de subsídios para a análise da Unimed Natal, serão solicitados documentos complementares, caso em que o prazo previsto para o reembolso poderá ser dilatado.

## 04.

# Coberturas e procedimentos garantidos

---

### **Atenção**

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

---

## 05. Exclusões de cobertura

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

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

- 5.1. Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;
- 5.2. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais (mesmo que decorrentes de emergência e/ou urgência), exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina (CRM), ou realizadas em estabelecimentos que não possuem alvará da vigilância sanitária ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde;
- 5.3. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.5. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico, ou com finalidade estética;
- 5.6. Enfermagem particular, seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e home care, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;

## 05.

# Exclusões de cobertura

- 5.7. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de medicina ortomolecular;
- 5.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- 5.9. Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.10. Curativos, materiais e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou do regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;
- 5.11. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.12. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 5.13. Vacinas e autovacinas;
- 5.14. Inseminação artificial;
- 5.15. Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- 5.16. Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do beneficiário;
- 5.17. Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do beneficiário durante o período de internação hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento etc;

## 05. Exclusões de cobertura

- 5.18. Remoções realizadas por via aérea ou marítima;
- 5.19. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas que não são registrados no país ou que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ou cujas indicações não constem da bula/ Manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.20. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de acidente pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos bucomaxilofaciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e ocorridos em regime de internação hospitalar;
- 5.21. Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;
- 5.22. Exames admissionais, periódicos e demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academia de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- 5.23. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) do Ministério da Saúde;
- 5.24. Procedimentos que não constem do 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, vigente na data de realização do evento.

## Validação prévia de procedimentos

---

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

### 6.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Todo e qualquer exame ou procedimento médico poderá ser realizado apenas com a requisição do médico assistente, em formulário próprio da Unimed Natal, não havendo a necessidade da validação prévia.

### 6.2. INTERNAÇÕES

Internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

Nos casos de internações de urgência ou emergência, a validação deverá ser solicitada até, no máximo, 2 (dois) dias úteis contados da data da hospitalização.

### 6.3. REMOÇÕES

Não serão cobertas despesas de remoção sem a prévia e expressa validação da Unimed Natal.

---

## Como solicitar validação prévia

Entre em contato com a Unimed Natal, através dos telefones abaixo, ou dirija-se pessoalmente à Central de Atendimento da Unimed Natal.

Unimed Natal – Telefones

Telefone: **0800-084-2323**

Fax: **(84) 3201-9527**

Unimed Natal – Central de Atendimento

Rua Apodi, 228 – Cidade Alta

Cidade Alta – Natal – RN

---

# 07.

## Carências

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

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

### 7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

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

<p><b>A) 24 (vinte e quatro) horas</b></p>	<p>Atendimentos de acidentes pessoais, urgências e emergências. Nos casos de urgência ou emergência não resultantes de acidente pessoal, estando o beneficiário em carência ou Cobertura parcial temporária (CPT) para as doenças e lesões preexistentes declaradas, haverá cobertura, para o procedimento a ser realizado, em ambiente ambulatorial e apenas para as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não se garantindo, portanto, cobertura para internação.</p>
<p><b>B) 30 (trinta) dias</b></p>	<p>Consultas médicas, exames básicos de diagnóstico e terapias básicas.</p>

## 07. Carências

<b>C) 180 (cento e oitenta) dias</b>	Procedimentos de reabilitação física, fisioterapia, acupuntura, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia.
<b>D) 180 (cento e oitenta) dias</b>	Procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial.
<b>E) 180 (cento e oitenta) dias</b>	Internações eletivas e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.
<b>F) 180 (cento e oitenta) dias</b>	Demais internações e coberturas previstas neste plano de saúde.
<b>G) 300 (trezentos) dias</b>	Parto 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.

Os filhos recém-nascidos (naturais ou adotivos) do beneficiário titular incluídos no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do nascimento, serão isentos do cumprimento dos prazos de carência.

Os filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos, incluídos no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do deferimento da adoção, terão aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular.

A inscrição do cônjuge deverá ocorrer dentro de 30 (trinta) dias após o casamento civil, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular.

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

# 07. Carências

---

## 7.1.1. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

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

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

## 08. Cobertura parcial temporária

---

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO 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 assistencial da Operadora, 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 que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

## Cobertura parcial temporária

---

Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de Cobertura parcial temporária (CPT), findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- 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.

## Cobertura parcial temporária

---

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

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

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

## 09. Alterações cadastrais

---

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

### 9.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

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

### 9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

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

## 09.

# Alterações cadastrais

---

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

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

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

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

### 9.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) MENORES DE 21 (VINTE E UM) ANOS OU, SE ESTUDANTE DE CURSO UNIVERSITÁRIO DE GRADUAÇÃO, 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 a cópia do CPF.*

## 09. Alterações cadastrais

---

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

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

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

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

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

## 09.

# Alterações cadastrais

---

*\* Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro(a) menor de 21 (vinte um) anos ou, se estudante de curso universitário de graduação e com idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos, podendo ser solicitada documentação complementar (ver o capítulo 2, item 2.1.2.).*

### **9.7. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS OU, SE ESTUDANTE DE CURSO UNIVERSITÁRIO DE GRADUAÇÃO, 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 (se houver);
- D. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);
- E. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- F. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

---

### **Atenção**

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

---

## 09. Alterações cadastrais

---

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

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a assistência contratada.

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

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

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

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

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

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

### 9.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

## 09.

# Alterações cadastrais

---

A transferência para plano superior ou inferior poderá ser solicitada a qualquer momento e deverá obedecer ao prazo para alteração cadastral. A transferência para plano de categoria superior implicará o cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carências para a utilização da nova acomodação em internação.

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

Ressalta-se que o plano e a acomodação em internação dos beneficiários dependentes sempre serão iguais aos do beneficiário titular.

---

### Prazo para alterações cadastrais

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

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

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

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

---

## 09. Alterações cadastrais

---

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

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

---

### Como efetuar alterações cadastrais

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

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

---

# 10. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA UNIMED NATAL 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:

<b>Formas de pagamento*</b>
Boleto bancário
Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema

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

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

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

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Unimed Natal.

# 10. Pagamento

---

A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

Eventuais valores de coparticipação em despesas serão cobrados, pela Qualicorp, juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. A cobrança de tais despesas de coparticipação será efetuada assim que a Qualicorp receber, da Operadora, a definição do valor dessas mesmas despesas.

## 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 de seus canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 10.4., “Atraso e inadimplência” (ver a seguir, neste mesmo capítulo).

## 10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

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

## 10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

Uma vez que a Qualicorp garante as obrigações dos beneficiários constantes do contrato coletivo mantido com a Unimed Natal, 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).

# 10. Pagamento

---

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.

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

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

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno ao contrato coletivo dependerá da comprovação do seu vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta") e da quitação dos débitos que provocaram o cancelamento, além de haver a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independentemente do período anterior do beneficiário 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.

# 10. Pagamento

---

## Atenção

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

Salienta-se também que, em caso de cancelamento do benefício, por inadimplência ou por qualquer outro motivo, o beneficiário titular continuará sendo responsável por eventuais despesas de coparticipação que ainda não tenham sido quitadas, desde que elas estejam previstas no contrato coletivo e desde que o evento tenha sido realizado até a data do efetivo cancelamento do benefício. Tais despesas de coparticipação serão cobradas do beneficiário titular, de acordo com a opção de pagamento indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), assim que a Qualicorp receber a definição do valor dessas mesmas despesas.

---

# 11. Reajustes

---

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

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

---

## Atenção

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

---

### 11.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Reajuste conforme variação dos custos dos serviços prestados pelo plano de saúde, durante os 12 (doze) meses anteriores à data da aplicação do reajuste, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

### 11.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

# 11. Reajustes

---

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

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

---

## Atenção

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

---

### 11.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

---

## Atenção

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

---

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

---

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

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

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, desde que faça uma solicitação, por escrito, que seja recebida pela Qualicorp. A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se os prazos e as condições constantes do capítulo 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 benefício, 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.

Salienta-se também que, em caso de cancelamento do benefício, por inadimplência ou por qualquer outro motivo, o beneficiário titular continuará sendo responsável por eventuais despesas de coparticipação que ainda não tenham sido quitadas, desde que elas estejam previstas no contrato coletivo e desde que o evento tenha sido realizado até a data do efetivo cancelamento do benefício. Tais despesas de coparticipação serão cobradas do beneficiário titular, de acordo com a opção de pagamento indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), assim que a Qualicorp receber a definição do valor dessas mesmas despesas.

---

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

---

### 12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

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

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

### 12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

A Unimed Natal, 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):

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

---

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

---

### Atenção

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

---



**Anexo I**  
Plano Unicol II C-E

# Plano Unicol II C-E

---

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

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

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

#### 1.1.1. Nome comercial

---

Unicol II C-E

#### 1.1.2. Código do plano

---

463.909/11-0

### 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 Estadual.

### 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 todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

### 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.

# Plano Unicol II C-E

---

## 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. MECANISMO DE REGULAÇÃO

No caso deste benefício, há incidência de coparticipação financeira do beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) exames, consultas e/ou terapia(s) em regime ambulatorial, além de internações (inclusive psiquiátricas). O percentual de coparticipação para consultas é de 30% (trinta por cento) e para terapia(s), exames e procedimentos auxiliares de diagnose é de 20% (vinte por cento). Para internação o valor de coparticipação por período de internação é de R\$ 50 (cinquenta reais).

Pelas consultas, exames básicos e especiais, terapias e procedimentos utilizados em ambiente ambulatorial, a Operadora cobrará mensalmente por cada um deles, a título de coparticipação, o valor máximo de R\$ 30 (trinta reais).

O valor da coparticipação devida pelo beneficiário será estipulado em moeda nacional corrente e será cobrado juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

Os valores de coparticipação são reajustados anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício. Para conferir os valores atualizados de coparticipação, entre em contato com a Operadora.

# Plano Unicol II C-E

---

## 03. REAJUSTE

### 3.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

<b>Faixa etária</b>	<b>Unicol II C - E</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,33%
De 24 a 28 anos	34,82%
De 29 a 33 anos	24,84%
De 34 a 38 anos	8,26%
De 39 a 43 anos	8,33%
De 44 a 48 anos	28,03%
De 49 a 53 anos	23,60%
De 54 a 58 anos	17,07%
59 anos ou mais	28,65%

**Anexo II**  
Plano Unicol II C-A

# Plano Unicol II C-A

---

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

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

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

#### 1.1.1. Nome comercial

---

Unicol II C-A

#### 1.1.2. Código do plano

---

463.910/11-3

### 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 Estadual.

### 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 todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

### 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.

# Plano Unicol II C-A

---

## 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. MECANISMO DE REGULAÇÃO

No caso deste benefício, há incidência de coparticipação financeira do beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) exames, consultas e/ou terapia(s) em regime ambulatorial, além de internações (inclusive psiquiátricas). O percentual de coparticipação para consultas é de 30% (trinta por cento) e para terapia(s), exames e procedimentos auxiliares de diagnose é de 20% (vinte por cento). Para internação o valor de coparticipação por período de internação é de R\$ 100 (cem reais).

Pelas consultas, exames básicos e especiais, terapias e procedimentos utilizados em ambiente ambulatorial, a Operadora cobrará mensalmente por cada um deles, a título de coparticipação, o valor máximo de R\$ 30 (trinta reais).

O valor da coparticipação devida pelo beneficiário será estipulado em moeda nacional corrente e será cobrado juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta") ao contrato coletivo.

Os valores de coparticipação são reajustados anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício. Para conferir os valores atualizados de coparticipação, entre em contato com a Operadora.

# Plano Unicol II C-A

---

## 03. REAJUSTE

### 3.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

<b>Faixa etária</b>	<b>Unicol II C - A</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,33%
De 24 a 28 anos	34,82%
De 29 a 33 anos	24,84%
De 34 a 38 anos	8,26%
De 39 a 43 anos	8,33%
De 44 a 48 anos	28,03%
De 49 a 53 anos	23,60%
De 54 a 58 anos	17,07%
59 anos ou mais	28,65%

**Anexo III**  
Plano Unicol II I-E

# Plano Unicol II I-E

---

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

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

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

#### 1.1.1. Nome comercial

---

Unicol II I-E

#### 1.1.2. Código do plano

---

463.907/11-3

### 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 Estadual.

### 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 todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

### 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.

# Plano Unicol II I-E

---

## 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. MECANISMO DE REGULAÇÃO

No caso deste benefício, há incidência de coparticipação financeira do beneficiário no valor de R\$ 50 (cinquenta reais) pelo custeio de cada período de internação psiquiátrica, uma vez ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no transcorrer de um mesmo ano de vigência do contrato do beneficiário.

O valor da coparticipação devida pelo beneficiário será estipulado em moeda nacional corrente e será cobrado juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

O valor de coparticipação é reajustado anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício. Para conferir o valor atualizado de coparticipação, entre em contato com a Operadora.

# Plano Unicol II I-E

---

## 03. REAJUSTE

### 3.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

<b>Faixa etária</b>	<b>Unicol II I - E</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,33%
De 24 a 28 anos	34,82%
De 29 a 33 anos	24,84%
De 34 a 38 anos	8,26%
De 39 a 43 anos	8,33%
De 44 a 48 anos	28,03%
De 49 a 53 anos	23,60%
De 54 a 58 anos	17,07%
59 anos ou mais	28,65%

**Anexo IV**  
Plano Unicol II I-A

# Plano Unicol II I-A

---

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

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

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

#### 1.1.1. Nome comercial

---

Unicol II I-A

#### 1.1.2. Código do plano

---

463.908/11-1

### 1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

### 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 todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

### 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.

# Plano Unicol II I-A

---

## 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. MECANISMO DE REGULAÇÃO

No caso deste benefício, há incidência de coparticipação financeira do beneficiário no valor de R\$ 100 (cem reais) pelo custeio de cada período de internação psiquiátrica, uma vez ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no transcorrer de um mesmo ano de vigência do contrato do beneficiário.

O valor da coparticipação devida pelo beneficiário será estipulado em moeda nacional corrente e será cobrado juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

O valor de coparticipação é reajustado anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício. Para conferir o valor atualizado de coparticipação, entre em contato com a Operadora.

# Plano Unicol II I-A

---

## 03. REAJUSTE

### 3.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

<b>Faixa etária</b>	<b>Unicol II I - A</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	27,33%
De 24 a 28 anos	34,82%
De 29 a 33 anos	24,84%
De 34 a 38 anos	8,26%
De 39 a 43 anos	8,33%
De 44 a 48 anos	28,03%
De 49 a 53 anos	23,60%
De 54 a 58 anos	17,07%
59 anos ou mais	28,65%

**Anexo V**  
Plano Unicol II

# Plano Unicol II

---

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

## 01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

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

#### 1.1.1. Nome comercial

---

Unicol II

#### 1.1.2. Código do plano

---

419.355/99-5

### 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 Estadual.

### 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 todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

### 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 é “Referência”.

# Plano Unicol II

---

## 1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

## 1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

# Plano Unicol II

---

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

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

## 02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

No caso deste benefício, há incidência de coparticipação financeira do beneficiário no valor de R\$ 50 (cinquenta reais) pelo custeio de cada período de internação psiquiátrica, uma vez ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no transcorrer de um mesmo ano de vigência do contrato do beneficiário.

O valor da coparticipação devida pelo beneficiário será estipulado em moeda nacional corrente e será cobrado juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo.

O valor de coparticipação é reajustado anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício. Para conferir o valor atualizado de coparticipação, entre em contato com a Operadora.

# Plano Unicol II

---

## 03. REAJUSTE

### 3.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

<b>Faixa etária</b>	<b>Unicol II</b>
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	30,99%
De 24 a 28 anos	20,62%
De 29 a 33 anos	8,85%
De 34 a 38 anos	2,90%
De 39 a 43 anos	12,43%
De 44 a 48 anos	24,63%
De 49 a 53 anos	18,14%
De 54 a 58 anos	18,77%
59 anos ou mais	65,81%







## Use bem, use sempre

---

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

### ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

### ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

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

Central de Atendimento  
Unimed Natal

---

**0800-084-2323**

Central de Serviços  
Qualicorp

---

**4004-4400**

Capitais e regiões metropolitanas

**0800-16-2000**

Demais regiões

SAC Qualicorp

---

**0800-779-9002**

Todo o Brasil

Unimed Natal:

**ANS nº 335592**

Qualicorp Adm. de Benefícios:

**ANS nº 417173**



3.11.24.28.00001