

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 Porto Alegre, uma das líderes do mercado de saúde suplementar no Rio Grande do Sul, 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 Porto Alegre, 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 ofereça esse tipo de benefício.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

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

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

Seja bem-vindo(a)!

Qualicorp Administradora de Benefícios



Sumário

CAPÍTULOS

- 01.** A Qualicorp Administradora de Benefícios _____ pág. 07
- 02.** A contratação coletiva do plano de saúde _____ pág. 10
- 03.** Formas de utilização do plano de saúde _____ pág. 14
- 04.** Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 21
- 05.** Exclusões de cobertura _____ pág. 34
- 06.** Validação prévia de procedimentos _____ pág. 37
- 07.** Carências _____ pág. 40
- 08.** Cobertura parcial temporária _____ pág. 43
- 09.** Alterações cadastrais _____ pág. 46
- 10.** Pagamento _____ pág. 53
- 11.** Reajustes _____ pág. 57
- 12.** Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde _____ pág. 60
- 13.** Serviço adicional: Benefício-Família _____ pág. 65

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Plano PCGE4A I –
Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo ____ pág. 69

Anexo II: Plano PCGN2A –
Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo ____ pág. 73

Anexo III: Plano PCGN1A –
Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo _____ pág. 77

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 Porto Alegre.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA UNIMED PORTO ALEGRE, 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 Porto Alegre 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 com o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme aos interesses da população que representa a autorizou a sua implantação.

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

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

A Qualicorp Administradora de Benefícios

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

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

CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

Central de Serviços

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

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

Demais regiões: **0800-16-2000**

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

SAC

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

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

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: **(11) 3016-8836**

Outras localidades:

4002-8877 (capitais e regiões metropolitanas)

(11) 4002-8877 (demais regiões)

CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL*

São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 - 1º andar

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

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

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

OUVIDORIA

ouvidoria@qualicorp.com.br

CORREIO

Caixa Postal 65155

São Paulo – SP – CEP 01318-970

INTERNET

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

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

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

A contratação coletiva do plano de saúde

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

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

Operadora	Unimed Porto Alegre – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. (ANS n.º 352501)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a administradora de benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

Atenção

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

Os serviços ora ofertados serão prestados pela Unimed Porto Alegre, através de seus médicos cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou contratados, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, em todos os municípios onde elas exerçam ou venham a exercer atividade, conforme as condições contratuais do plano contratado pelo beneficiário.

Quando os serviços não forem prestados pela Unimed Porto Alegre, mas sim por uma cooperativa Unimed porventura existente onde encontrar-se o beneficiário, o atendimento será prestado sempre de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento local.

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

- Cônjuge ou companheiro(a), desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;*

A contratação coletiva do plano de saúde

- Filho(a) solteiro(a) menor de 18 (dezoito) anos ou, se estudante sem renda própria, até 24 (vinte e quatro) anos;*
- Filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade;*
- Enteadado(a) solteiro(a) menor de 18 (dezoito) anos ou, se estudante sem renda própria, até 24 (vinte e quatro) anos;*
- Menor de idade solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.*

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

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 Porto Alegre vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela Operadora 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 Porto Alegre poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Unimed Porto Alegre ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

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

Categoria de plano	Código da ANS
Plano PCGE4A I – Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo	456.845/08-1
Plano PCGN2A – Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo	403.023/98-1
Plano PCGN1A – Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo	700.424/99-9

Atenção

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

Salienta-se que, em todos os planos deste contrato coletivo, há incidência de coparticipação financeira do beneficiário em consultas, sessões fisioterápicas (reeducação e reabilitação física); atendimentos e/ou sessões de acupuntura; sessão de oxigenoterapia hiperbárica; consultas médico-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais; consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista; honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, conforme condições constantes do capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”) deste Manual.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

INDEPENDENTEMENTE DO PLANO CONTRATADO, A REDE DE MÉDICOS COOPERADOS DA UNIMED PORTO ALEGRE, BEM COMO A REDE DOS PRESTADORES CREDENCIADOS E AS COOPERATIVAS QUE INTEGRAM O SISTEMA NACIONAL UNIMED OFERECERÃO ATENDIMENTO EM NÍVEL NACIONAL, CONFORME DESCRITO NO CAPÍTULO 2, “A CONTRATAÇÃO COLETIVA DO PLANO DE SAÚDE”, DESTE MANUAL, TANTO PARA PROCEDIMENTOS DE ROTINA (CONSULTAS E EXAMES, INTERNAÇÕES E DEMAIS TRATAMENTOS) QUANTO PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DE CADA PLANO.

Salienta-se que, em todos os planos deste contrato coletivo, há incidência de coparticipação financeira do beneficiário em consultas, sessões fisiátricas (reeducação e reabilitação física); atendimentos e/ou sessões de acupuntura; sessão de oxigenoterapia hiperbárica; consultas médico-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais; consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista; honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, independentemente da forma de utilização descrita neste capítulo. Para saber mais sobre os valores de coparticipação, consulte o item 3.3. (“Mecanismo de Regulação”) neste capítulo e os “Anexos” deste Manual.

3.1. O SISTEMA NACIONAL UNIMED

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

03.

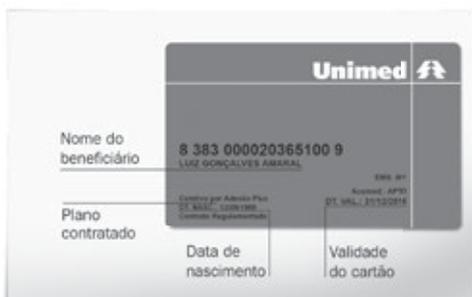
Formas de utilização do plano de saúde

Kit do beneficiário Unimed Porto Alegre

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

O Cartão de Identificação

Além do *Guia Médico*, o beneficiário também recebe um cartão de identificação personalizado, que facilita o acesso aos serviços do Sistema Nacional Unimed. O cartão é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.



Imagens meramente ilustrativas.

A renovação do cartão é anual e automática.

O Guia Médico

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



Formas de utilização do plano de saúde

3.1.1. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIMED PORTO ALEGRE

A área de abrangência da Unimed Porto Alegre compreende os Municípios de: Alvorada, Arambaré, Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Barra do Ribeiro, Cachoeirinha, Camaquã, Canoas, Capão da Canoa, Capivari do Sul, Caraá, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cidreira, Cristal, Dom Feliciano, Dom Pedro de Alcântara, Eldorado do Sul, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Imbé, Itati, Mampituba, Maquiné, Mariana Pimentel, Morrinhos do Sul, Mostardas, Nova Santa Rita, Osório, Palmares do Sul, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, Sapucaia do Sul, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Viamão, Xangri-lá.

3.1.2. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte o *Guia Médico* da Unimed Porto Alegre 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 Porto Alegre e de sua cédula de identidade (RG). Caso você não esteja de posse de seu cartão de identificação, peça ao prestador do serviço que entre em contato com a Unimed Porto Alegre e solicite a validação prévia.

3.1.3. COMO REALIZAR EXAMES

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

03.

Formas de utilização do plano de saúde

Atenção

A realização de exames está condicionada à validação prévia da Unimed Porto Alegre. Beneficiários que estejam fora da área de abrangência da Unimed Porto Alegre podem solicitar validação prévia através da Unimed de sua cidade ou região. Para conhecer as regras gerais de validação prévia, consulte o capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual.

3.1.4. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

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

Atenção

Todas as internações e/ou cirurgias dependem da liberação de uma senha por parte da Unimed Porto Alegre. Beneficiários que estejam fora da área de abrangência da Unimed Porto Alegre podem solicitar validação prévia através da Unimed da cidade ou da região em que estiverem.

3.1.5. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

O atendimento de urgência e emergência do beneficiário será realizado nos serviços de pronto atendimento ou nos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial, próprios ou credenciados da Unimed Porto Alegre, constantes do *Guia Médico*.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

1. Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Para auxílio, consulte o *Guia Médico* da Unimed Porto Alegre ou ligue para a Central de Atendimento 24 horas Unimed Porto Alegre: **0800-510-4646**;
2. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Porto Alegre e de sua cédula de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

Em caso de internação de urgência, o beneficiário, ou o seu representante, sob pena de perda da cobertura contratual, deverá comparecer à sede da Unimed Porto Alegre, no prazo improrrogável de 2 (dois) dias úteis, para obtenção da validação da internação.

Atenção

O beneficiário ou seu representante, nas hipóteses de urgência ou emergência, esta última caracterizada por laudo médico comprobatório, a fim de tomar as devidas providências administrativas deverão comparecer na sede ou postos da cooperativa médica Unimed que prestou o referido atendimento, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas ou no primeiro dia útil subsequente à realização do atendimento, sempre que o atendimento de urgência ou emergência ocorrer por intermédio de outra cooperativa médica Unimed.

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

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

03.

Formas de utilização do plano de saúde

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;
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 com a Unimed Porto Alegre.

Atenção

Para saber mais sobre as regras para solicitação de reembolso, consulte o capítulo 4, subitem 4.1.5. (“Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência”), neste Manual.

3.3. MECANISMO DE REGULAÇÃO

Para todos os planos deste contrato coletivo, haverá a coparticipação financeira do beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) os procedimentos abaixo mencionados.

Procedimentos e percentuais de coparticipação

Para saber os procedimentos que possuem coparticipação, bem como o percentual, consulte o item 2 (“Mecanismo de regulação”) do “Anexo” referente à sua categoria de plano, neste Manual.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

O valor da coparticipação devida pelo beneficiário para cada procedimento realizado será estipulado em moeda nacional corrente e será cobrado, pela Qualicorp, no mês seguinte à quitação feita pela Unimed Porto Alegre ao prestador que realizou o atendimento.

Os valores referentes às despesas de coparticipação serão cobrados do beneficiário titular após a realização dos procedimentos anteriormente mencionados, juntamente com o pagamento do valor mensal do benefício, 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 (ver, a propósito, o capítulo 10, “Pagamento”, deste Manual).

Salienta-se que a realização de determinados procedimentos está condicionada à validação prévia da Unimed Porto Alegre. Para conhecer as regras gerais de validação prévia, consulte o capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual.

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 anestesiológico, 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, e 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 tratamentos 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,

Coberturas e procedimentos garantidos

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.

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.

Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- Define-se medicamento genérico como medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- Define-se medicamento fracionado como medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

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

Atenção

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

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

Coberturas e procedimentos garantidos

O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora, 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 Operadora, 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 o 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;
 - 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.

Atenção

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

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

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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.

Tratando-se 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.

Atenção

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

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

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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;
 - 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:

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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 Operadora quando o candidato ao transplante de órgão for beneficiário da Operadora.

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

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

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

Coberturas e procedimentos garantidos

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, à 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, ocorrerá desde que o beneficiário titular tenha cumprido a carência para eventos obstétricos.

- 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.

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

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

Coberturas e procedimentos garantidos

Emergência é o evento que implique 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 que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP).
- A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP), ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS.
- Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade credenciada/cooperada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede credenciada/cooperada, 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.

4.1.5. REEMBOLSO EXCLUSIVAMENTE EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Operadora assegurará o reembolso de despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo beneficiário.

Salienta-se que o reembolso será feito apenas em casos de urgência e emergência comprovados, exclusivamente quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

Documentos originais necessários para solicitação de reembolso

- I. Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, o período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- II. Conta hospitalar com discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com Notas Fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- III. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- IV. Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

Prazo para reembolso

- O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário titular, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento dos documentos originais relacionados anteriormente.
 - A Operadora manterá em seu poder os recibos e Notas Fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.
 - O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário pelas respectivas despesas.
 - O valor do reembolso, nas urgências e emergências, não será inferior ao praticado pela Operadora com a rede de prestadores do respectivo plano.
 - O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano, a contar da data da realização dos eventos cobertos e exclusivamente em casos de urgência e emergência.
-

Como solicitar reembolso

Para solicitar o reembolso, entre em contato diretamente com a Operadora.

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

Atenção

Para todos os planos deste contrato coletivo, haverá o mecanismo de regulação “coparticipação”, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos, conforme condições constantes do item 3.3. (“Mecanismo de regulação”) deste Manual, bem como no “Anexo” referente a sua categoria de plano.

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESTE PLANO DE SAÚDE COLETIVO, POR FORÇA DE REGULAMENTAÇÃO LEGAL, OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR:*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da ANS.*

- 5.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental em qualquer hipótese, isto é, aqueles que:
 - a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou
 - c) Cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso *off-label*).
- 5.2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 5.3. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 5.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 5.5. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

05. Exclusões de cobertura

- 5.6. Fornecimento de próteses, órteses, *stents*, marca-passo, geradores, válvulas, acessórios e outros quando não ligados ao ato cirúrgico, ou seja, cuja colocação ou remoção não requeira a realização de cirurgia;
- 5.7. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado, ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatório, urgência e emergência);
- 5.8. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- 5.9. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.10. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.11. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.12. Transplantes e despesas decorrentes destes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento para a segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetria;
- 5.13. Consultas domiciliares;
- 5.14. Medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
- 5.15. Exames para frequentar piscinas e ginástica;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.16. Laserterapia e microcirurgia para tratamento de varizes;
- 5.17. Provas de paternidade;
- 5.18. Sonoterapia;
- 5.19. Enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 5.20. Cirurgias para mudança de sexo;
- 5.21. Itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, uso de internet, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral etc.) ou despesa com acompanhantes diferentes do previsto neste Manual;
- 5.22. Vacinas;
- 5.23. Todo e qualquer atendimento fora da rede credenciada/cooperada, salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada/cooperada;
- 5.24. Todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento para a segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Validação prévia de procedimentos

A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS SOLICITADOS POR MÉDICO COOPERADO E OS SERVIÇOS RELACIONADOS A SEGUIR DEPENDERÃO DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DA UNIMED PORTO ALEGRE.

Não há necessidade de autorização prévia para consultas, exames de sangue (análises clínicas) e raios X simples.

6.1. INTERNAÇÕES

Internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas deverão ser solicitadas previamente. Nos casos de internações de urgência ou emergência, a validação deverá ser solicitada, no máximo, até 2 (dois) dias úteis após a hospitalização.

6.2. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Todos os exames, terapias e procedimentos médicos necessitarão de validação prévia da Unimed Porto Alegre.

6.3. SERVIÇOS AMBULATORIAIS

Cirurgias ambulatoriais, inclusive cirurgias de refração em oftalmologia (miopia e hipermetropia) cuja indicação esteja em conformidade com as condições estabelecidas pela Lei e com as diretrizes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.

6.4. REMOÇÕES

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

Validação prévia de procedimentos

Atenção

Beneficiários que estejam fora da área de abrangência da Unimed Porto Alegre podem solicitar validação prévia através da Unimed de sua cidade ou região.

Caso tenha dúvida com relação aos procedimentos que necessitam de autorização prévia, consulte a Unimed Porto Alegre ou, no momento da marcação do procedimento, consulte o prestador do serviço.

Como solicitar validação prévia

Dirija-se a uma das lojas de atendimento da Unimed Porto Alegre abaixo mencionadas:

Loja - Centro

Rua Siqueira Campos, 1177 - Centro

Tel.: 0800-510-4646

Centro

De segunda a sexta-feira, das 7h às 19h

Loja - Zona Norte

Av. Assis Brasil, 3940 - Loja 2

Tel.: 0800-510-4646

Lindóia

De segunda a sexta-feira, das 7h às 19h

Loja - Zona Sul

Av. Wenceslau Escobar, 2320 - Loja 2

Tel.: 0800-510-4646

Tristeza

De segunda a sexta-feira, das 7h às 19h

06.

Validação prévia de procedimentos

Sede

Av. Venâncio Aires, 1040

Tel.: 0800-510-4646

Farroupilha

De segunda a sexta-feira, das 8h às 19h

Para consultar a loja de atendimento mais próxima de sua região, entre em contato com a Central de Relacionamento da Unimed Porto Alegre pelo telefone

0800-510-4646.

Para maiores informações sobre validação prévia, ligue para a Central de Relacionamento da Unimed Porto Alegre: **0800-510-4646.**

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

07. Carências

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

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

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 no caso de isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, o item 7.1.1. (“Isenção dos prazos de carência”).

Alínea	Cobertura	Prazo de carência contratual
I	Cobertura de casos de urgência ou emergência.	24 (vinte e quatro) horas
II	Consultas médicas.	30 (trinta) dias
III	Exames de sangue, urina, fezes, liquor, líquido amniótico, líquido sinovial e derrames, líquido cefalorraquiano, microbiologia, suco gástrico e tubagem duodenal e radiologias simples, excluindo-se a densitometria óssea e os exames listados na alínea VI.	30 (trinta) dias
IV	Consultas e/ou sessões de psicologia, psicoterapia, fisioterapia, nutricionista, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional.	60 (sessenta) dias

07. Carências

Alínea	Cobertura	Prazo de carência contratual
V	Internações hospitalares e cirurgias, excluindo-se as listadas na alínea VIII.	120 (cento e vinte) dias
VI	Exames de genética e biologia molecular	180 (cento e oitenta) dias
VII	Demais exames, excluindo-se os listados nas alíneas III e VI.	60 (sessenta) dias
VIII	Cirurgias cardíacas e vasculares, tratamento clínico-cirúrgico para obesidade mórbida, neurocirurgia, cirurgias obstétricas, diálise peritoneal, hemodinâmica, hemodiálises, órteses, próteses, transplantes, radioterapia e quimioterapia.	180 (cento e oitenta) dias
IX	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência deste plano de saúde terão sua continuidade assegurada desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento, conforme descrito no capítulo 10 (“Pagamento”) deste Manual.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), desde que incluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, será isento de carência e de Cobertura Parcial Temporária em casos de doenças e lesões preexistentes, desde que o beneficiário tenha cumprido as carências para os eventos obstétricos. Nos casos em que o beneficiário encontra-se em cumprimento de carências, o recém-nascido aproveitará as carências já cumpridas.

A inscrição do filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluído no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

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 celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Unimed Porto Alegre.
- 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 NESTE CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de credenciados/cooperados, 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 assumo o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do

Cobertura parcial temporária

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 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 PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.

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

- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de Doença e lesão preexistente (DLP).
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

08.

Cobertura parcial temporária

- Após julgamento, e acolhida a 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 DLP aquelas das quais 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 18 (DEZOITO) ANOS OU, SE ESTUDANTE SEM RENDA PRÓPRIA, ATÉ 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.

09.

Alterações cadastrais

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

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

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

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

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) e menor de 18 (dezoito) anos ou, se estudante sem renda própria, até 24 (vinte e quatro) anos, podendo ser solicitada documentação complementar (ver o capítulo 2, item 2.1.2. “Quem pode ser beneficiário dependente”, neste Manual).

9.7. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) MENOR DE 18 (DEZOITO) ANOS OU, SE ESTUDANTE SEM RENDA PRÓPRIA, ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS:

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

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

09. Alterações cadastrais

Atenção

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

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

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- 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.

09.

Alterações cadastrais

Prazo para alterações cadastrais

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

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

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

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

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

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

09. Alterações cadastrais

Como efetuar alterações cadastrais

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

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

10. Pagamento

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

Forma de pagamento*
Boleto bancário
Débito automático em conta-corrente nos bancos conveniados ao sistema

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

Veja abaixo alguns exemplos:

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

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

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

10. Pagamento

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

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

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

10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

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

Para que isso não ocorra, a Qualicorp deverá ser ressarcida pelo(s) beneficiário(s), a título de multa compensatória, em 10% (dez por cento) das obrigações pecuniárias devidas, como indenização pelos seus custos e prejuízos sofridos, suportados e

10. Pagamento

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

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 REFERIDO 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 Porto Alegre para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Unimed Porto Alegre.

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 do IGPM/FGV 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 subsequente ao aniversário de cada beneficiário, ao ocorrer mudança de faixa etária e conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	Plano PCGE4A I – Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo	Plano PCGN2A – Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo	Plano PCGN1A – Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	19,91%	19,89%	19,90%
De 24 a 28 anos	17,18%	17,18%	17,18%
De 29 a 33 anos	14,73%	14,73%	14,73%
De 34 a 38 anos	6,08%	6,08%	6,08%
De 39 a 43 anos	15,32%	15,32%	15,32%
De 44 a 48 anos	24,24%	24,24%	24,24%

11.

Reajustes

Faixa etária	Plano PCGE4A I – Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo	Plano PCGN2A – Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo	Plano PCGN1A – Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo
De 49 a 53 anos	26,73%	26,74%	26,73%
De 54 a 58 anos	31,82%	31,82%	31,82%
59 anos ou mais	46,57%	46,57%	46,57%

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), exceção feita aos casos dos beneficiários elegíveis ao Benefício-Família (ver o capítulo 13., “Benefício-Família”).

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

Para saber se o seu plano possui o serviço adicional do “Benefício-Família”, consulte o “Anexo” referente a sua categoria de plano, deste Manual.

12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

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

12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

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

Atenção

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

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

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.

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 Porto Alegre, serão repassados de forma integral ao beneficiário titular, podendo ser efetuado o débito na mesma conta-corrente bancária indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”).

12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

A Unimed Porto Alegre, 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

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

poderá cancelar o benefício, a qualquer tempo, sem que caiba direito a nenhuma indenização, caso haja por parte do beneficiário titular ou do(s) beneficiário(s) dependente(s):

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou de qualquer pagamento previsto na Proposta.
- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Unimed Porto Alegre, 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 Porto Alegre.

13.
Serviço adicional:
Benefício-Família

13.

Benefício-Família

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, QUE REGULAMENTA OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, ESTE CONTRATO COLETIVO OFERECE O SERVIÇO ADICIONAL* DE BENEFÍCIO FAMÍLIA, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, CONFORME INDICADO, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

**Uma vez cancelado o plano de saúde, o respectivo serviço adicional também será cancelado.*

Em caso de falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes já incluídos no contrato coletivo de plano de saúde, segundo as formas previstas neste capítulo, terão continuidade de atendimento pelo prazo de 5 (cinco) anos ou até a perda da condição de beneficiários dependentes, e estarão livres do pagamento de todo e qualquer valor mensal do plano de saúde. Esse serviço adicional passa a valer a partir da data do falecimento do beneficiário titular, desde que observadas todas as condições indicadas a seguir.

Os dependentes do titular falecido devidamente cadastrados terão direito ao Benefício-Família pelo período de 5 (cinco) anos, contados a partir do falecimento do beneficiário titular, observadas não só as eventuais carências contratuais, mas também as específicas para o Benefício-Família exigidas do beneficiário titular ou dependentes.

Atenção

Será descontado do período de 5 (cinco) anos, no qual será prestado o Benefício-Família, o tempo que os beneficiários dependentes consumirem para entregar à Unimed Porto Alegre a carteira de identificação do beneficiário falecido a fim de que seja providenciada a substituição por outras pertinentes ao benefício assegurado.

Condições do Benefício-Família

- A. Terá direito ao Benefício-Família o beneficiário titular que atender aos seguintes e indispensáveis requisitos, em sua totalidade:
 - I. Ter cumprido o prazo de carência de 6 (seis) meses, a contar da data de início de vigência no plano ou da data de eventual posterior transferência de planos;

13.

Benefício-Família

- II. Ter enumerado, no momento de sua adesão ao plano de saúde, a totalidade de seus beneficiários dependentes, ou, em caso de inclusão posterior, ter esta ocorrido 12 (doze) meses antes da solicitação do Benefício-Família, exceto para os filhos nascidos após a inscrição do titular e o novo cônjuge ou companheiro(a), desde que inscritos até 60 (sessenta) dias a contar do nascimento, casamento, ou declaração judicial de união estável.

O beneficiário dependente que nascer após o óbito do beneficiário titular terá direito ao Benefício-Família, desde que o beneficiário titular tenha cumprido todas as carências e a gestação tenha ocorrido em vida do titular.

Dependentes elegíveis ao Benefício-Família

Serão considerados, para efeito do Benefício-Família, os beneficiários dependentes abaixo mencionados:

- I. O(A) esposo(a) ou o(a) companheiro(a), desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
- II. Os(As) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os(as) inválidos(as), equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado;
- III. Os(as) filhos(as) estudantes, com idade até 24 (vinte e quatro) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.

Atenção

É indispensável à concessão do presente benefício a efetiva comprovação, por parte do beneficiário dependente pretendente, da dependência econômica em relação ao beneficiário titular quando do falecimento deste, não importando eventual situação anterior a esta data.

13.

Benefício-Família

Perda do direito ao Benefício-Família

Perderá(ão) o direito ao Benefício-Família previsto neste capítulo o(s) beneficiário(s):

I – Cujo contrato coletivo esteja rescindido ou que, por qualquer motivo, estiver(em) com sua execução suspensa, antes de sua habilitação à percepção do benefício;

II – Dependente(s) que, antes do óbito, perca(m) esta condição ou dentro do prazo de usufruto do benefício, a partir do momento da perda; e

III – Dependente(s) que, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do óbito do beneficiário titular, não apresentar(em), à Unimed Porto Alegre, a correspondente certidão e os demais documentos comprobatórios da continuidade de sua situação de dependência.

Anexo I

Plano PCGE4A I – Unipart Coletivo
por Adesão Global Semiprivativo

Plano PCGE4A I – Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 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

PCGE4A I – Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

1.1.2. Código do plano

456.845/08-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano PCGE4A I – Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

2.1. PROCEDIMENTOS E PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO

- I. 40% nas consultas realizadas em caráter de urgência e emergência;
- II. 40% (quarenta por cento) nas consultas, excetuadas as descritas nos itens VI e VIII, a seguir;
- III. 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas (reeducação e reabilitação física);
- IV. 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;
- V. 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia hiperbárica;
- VI. 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médico-
-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;
- VII. 50% (cinquenta por cento) do valor das internações decorrentes de transtornos psiquiátricos que ultrapassem 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato (veja o item 4.1.2., “Cobertura hospitalar”, deste Manual);

Plano PCGE4A I – Unipart Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

- VIII. 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista;
- IX. 40% (quarenta por cento) sobre cada exame coberto pelo contrato, limitado ao valor de R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por mês e por beneficiário inscrito.

Atenção

O valor acima será reajustado conforme condições dispostas no capítulo 11 (“Reajustes”) deste Manual.

- X. R\$ 190,00 (cento e noventa reais) em cada internação, excetuando os casos de internação psiquiátrica.

Atenção

O valor acima será reajustado conforme condições dispostas no capítulo 11 (“Reajustes”) deste Manual.

- XI. 30% (trinta por cento) sobre o valor dos honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, exceto: refluxo gastroesofágico; apendicectomia; colecistectomia; esplenectomia parcial/total; herniorrafia inguinal: recidiva, bilateral ou complementar a outro procedimento videolaparoscópico (VLP); adrenalectomia unilateral; ooforectomia unilateral/bilateral; laqueadura; miomectomia uterina; salpingectomia unilateral/bilateral; liberação laparoscópica de aderências pélvicas; laparoscopia ginecológica com/sem biópsia; gravidez ectópica e simpatectomia por videotoracoscopia.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício **não** possui o serviço adicional de Benefício-Família, constante do capítulo 13 deste Manual.

Anexo II

Plano PCGN2A – Unimax Coletivo
por Adesão Global Semiprivativo

Plano PCGN2A – Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

PCGN2A – Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

1.1.2. Código do plano

403.023/98-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano PCGN2A – Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

2.1. PROCEDIMENTOS E PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO

- I. 40% nas consultas realizadas em caráter de urgência e emergência;
- II. 40% (quarenta por cento) nas consultas, excetuadas as descritas nos itens VI e VIII, a seguir;
- III. 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas (reeducação e reabilitação física);
- IV. 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;
- V. 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia hiperbárica;
- VI. 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médico-
-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;
- VII. 50% (cinquenta por cento) do valor das internações decorrentes de transtornos psiquiátricos que ultrapassem 30 (trinta) dias de internação

Plano PCGN2A – Unimax Coletivo por Adesão Global Semiprivativo

no transcorrer de 1 (um) ano de contrato (veja o item 4.1.2., “Cobertura hospitalar”, deste Manual).

- VIII. 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista;
- IX. 30% (trinta por cento) sobre o valor dos honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, exceto: refluxo gastroesofágico; apendicectomia; colecistectomia; esplenectomia parcial/total; herniorrafia inguinal: recidiva, bilateral ou complementar a outro procedimento videolaparoscópico (VLP); adrenalectomia unilateral; ooforectomia unilateral/bilateral; laqueadura; miomectomia uterina; salpingectomia unilateral/bilateral; liberação laparoscópica de aderências pélvicas; laparoscopia ginecológica com/sem biópsia; gravidez ectópica e simpatectomia por videotoracoscopia.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional de Benefício-Família constante do capítulo 13 deste Manual.

Anexo III

Plano PCGN1A – Unimax Coletivo
por Adesão Global Privativo

Plano PCGN1A – Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

PCGN1A – Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo

1.1.2. Código do plano

700.424/99-9

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano PCGN1A – Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

2.1. PROCEDIMENTOS E PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO

- I. 40% nas consultas realizadas em caráter de urgência e emergência;
- II. 40% (quarenta por cento) nas consultas, excetuadas as descritas nos itens VI e VIII, a seguir;
- III. 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas (reeducação e reabilitação física);
- IV. 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;
- V. 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia hiperbárica;
- VI. 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médico-
-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;
- VII. 50% (cinquenta por cento) do valor das internações decorrentes de transtornos psiquiátricos que ultrapassem 30 (trinta) dias de internação

Plano PCGN1A – Unimax Coletivo por Adesão Global Privativo

no transcorrer de 1 (um) ano de contrato (veja o item 4.1.2., “Cobertura hospitalar”, deste Manual);

- VIII. 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista;
- IX. 30% (trinta por cento) sobre o valor dos honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, exceto: refluxo gastroesofágico; apendicectomia; colecistectomia; esplenectomia parcial/total; herniorrafia inguinal: recidiva, bilateral ou complementar a outro procedimento videolaparoscópico (VLP); adrenalectomia unilateral; ooforectomia unilateral/bilateral; laqueadura; miomectomia uterina; salpingectomia unilateral/bilateral; liberação laparoscópica de aderências pélvicas; laparoscopia ginecológica com/sem biópsia; gravidez ectópica e simpatectomia por videotoracoscopia.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional de Benefício-Família constante do capítulo 13 deste Manual.

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 Porto Alegre 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 Porto Alegre ou a Qualicorp.

Central de Relacionamento da
Unimed Porto Alegre

0800-510-4646

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Porto Alegre:

ANS nº 352501

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.36.53.00002