SulAmérica Saúde

Manual do Beneficiário

Seguro de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

Produto 515A (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia)

Qualicorp

Entenda como foi viabilizado o seu seguro-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.

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.

SEGURADORA

A Seguradora 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 Seguradora deste seguro-saúde é a SulAmérica, que possui mais de 110 anos de tradição e solidez no Brasil. O padrão de qualidade da SulAmérica, pioneira no lançamento de seguros-saúde em nosso país, tornou-a reconhecida como uma das melhores seguradoras do Brasil.

SulAmérica Saúde

ANS nº 006246

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 estipulou este seguro-saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a SulAmérica, 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.

Qualicorp

ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

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

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

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

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

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,
o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.

NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,
o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.

PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE O PLANO COLETIVO POR ADESÃO E O PLANO INDIVIDUAL

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

Prezado(a) Beneficiário(a),

Você contratou um seguro de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características do plano 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 seguro. 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

3.11.10.01.10179

Sumário

CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios _____ pág. 07

02. A contratação coletiva do seguro-saúde _____ pág. 10

03. Formas de utilização do seguro-saúde _____ pág. 13

04. Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 17

05. Coberturas de saúde adicionais _____ pág. 32

06. Exclusões de cobertura _____ pág. 33

07. Validação prévia de procedimentos _____ pág. 36

08. Carências _____ pág. 38

09. Cobertura parcial temporária _____ pág. 42

10. Reembolso _____ pág. 45

11. Alterações cadastrais _____ pág. 55

12. Pagamento _____ pág. 65

13. Reajustes _____ pág. 69

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde _____ pág. 73

15. Serviço adicional: Remissão de pagamento do benefício _____ pág. 77

16. Serviço adicional: Assistência 24 Horas _____ pág. 83

17. Serviço adicional: Aconselhamento Médico Telefônico _____ pág. 91

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Plano Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP _____ Pág. 93

Anexo II: Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP _____ Pág. 99

Anexo III: Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP _____ Pág. 105

Anexo IV: Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP _____ Pág. 111

Anexo V: Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP _____ Pág. 117

Anexo VI: Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP 3,2* _____ Pág. 123

Anexo VII: Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP 3,8* _____ Pág. 129

Anexo VIII: Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP 5,6* _____ Pág. 135

Anexo IX: Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 7,2* _ Pág. 141

Anexo X: Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 9,0* __ Pág. 149

Anexo XI: Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 12,0* Pág. 157

Anexo XII: Plano Referência Adesão Trad.10 REF QC _____ Pág. 165

*Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado)

Anotações _____ Pág. 170

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 SulAmérica.

01.
A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA SULAMÉRICA, 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 SulAmérica analisou o projeto, aceitou-o e concordou com a sua implantação, conforme as condições ajustadas na apólice de seguro de assistência à saúde, coletiva por adesão, mantida com a Qualicorp, cujas condições contratuais ora estão reproduzidas neste Manual. A Entidade a que está vinculado o beneficiário estudou o projeto, considerou-o plenamente conforme aos interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

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

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

B. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;

C. Movimentação cadastral;

01.
A Qualicorp Administradora de Benefícios

D. Conferência de faturas;

E. Cobrança aos beneficiários;

F. Atendimento aos beneficiários para questões administrativas;

G. Distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

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

CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

Central de Serviços

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

Capitais e regiões metropolitanas: **4004-4400**
Demais regiões: **0800-16-2000**
Expediente: de segunda a sexta-feira, das 7 às 22h, e aos sábados, das 8 às 16h.

SAC

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

Todo o Brasil: **0800-779-9002**
Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: **(11) 3016-8836**
Rio de Janeiro: **(21) 3223-9059**

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

01.
A Qualicorp Administradora de Benefícios

CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL*

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

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

OUVIDORIA

ouvidoria@qualicorp.com.br

CORREIO

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

INTERNET

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

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

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO-SAÚDE, COLETIVO POR ADESÃO, ESTIPULADO COM A SULAMÉRICA 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 uma apólice de seguro de assistência à saúde, coletiva por adesão, estipulada pela Qualicorp Administradora de Benefícios com a SulAmérica e destinada à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Sul América Companhia de Seguro Saúde (ANS n.º 006246)
Administradora de Benefícios/ Estipulante	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 seguro 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 à apólice coletiva de seguro de assistência à saúde.

Atenção

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

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. Quem pode ser beneficiário titular

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta"), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido à apólice coletiva de seguro-saúde.

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

2.1.2. Quem pode ser beneficiário dependente

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

- Cônjuge ou companheiro(a);*
- Filho(a) solteiro(a) de qualquer idade;*
- Filho(a) absolutamente incapaz solteiro(a) de qualquer idade que, por determinação judicial, esteja sob tutela ou curatela do beneficiário titular;*
- Enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade;*
- Menor de idade solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.*

**Superadas as condições de adesão (exemplos: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício.*

2.2. VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA

O prazo de vigência define o período em que vigorará a apólice coletiva.

A apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a SulAmérica vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovada, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela SulAmérica ou pela Qualicorp.

2.2.1. Rescisão da apólice coletiva

A apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a SulAmérica poderá ser rescindida por qualquer uma das partes, seja pela SulAmérica ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão da apólice coletiva, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 12 (doze) 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
Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP	474.005/15-0
Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP	474.004/15-1
Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP	473.996/15-5
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP	474.001/15-7
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP	474.000/15-9
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP 3,2*	473.999/15-0
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP 3,8*	473.999/15-0
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP 5,6*	473.999/15-0
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 7,2*	473.997/15-3
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 9,0*	473.997/15-3
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 12,0*	473.997/15-3
Referência Adesão Trad.10 REF QC	466.057/11-9

**Múltiplo de reembolso de consulta (paciente não internado).*

Atenção

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores referenciados pela SulAmérica, bem como pela sua segmentação assistencial, sua acomodação em caso de internação, seus valores de reembolso e sua disponibilidade dos serviços adicionais. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo "Anexo".

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

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

3.1. ATENDIMENTO NA REDE MÉDICA REFERENCIADA

A SulAmérica coloca à disposição do beneficiário uma rede referenciada de prestadores de serviços médicos distribuídos por todo o território brasileiro. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp, conforme exposto, a seguir, neste mesmo capítulo.

Veja como agilizar o atendimento:

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

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

3.1.1. Mecanismo de regulação

Para alguns planos desta apólice coletiva, a Operadora adota o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para saber os valores que serão cobrados para cada procedimento, consulte neste Manual o "Anexo" referente à sua categoria de plano.

Cartão de identificação

A SulAmérica disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores referenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.

Imagens meramente ilustrativas.

Lista de prestadores referenciados

A relação de prestadores referenciados é disponibilizada pela SulAmérica e está dividida em prontos-socorros, maternidades, hospitais gerais, consultórios etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A solicitação de listas de prestadores referenciados de outras regiões, diferentes daquela em que reside o beneficiário, pode ser feita à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento indicados no primeiro capítulo ("A Qualicorp Administradora de Benefícios") deste Manual. Para consultar prestadores específicos, entre em contato com a SulAmérica, por meio dos telefones **4004-5900** (capitais e regiões metropolitanas) e **0800-970-0500** (demais regiões), ou acesse o *site* **www.sulamerica.com.br/saudeonline**. Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para **0800-702-2242**, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

3.2. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, COM REEMBOLSO

Além da rede de prestadores referenciados, este seguro-saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário escolhe profissionais não referenciados pela SulAmérica para o plano contratado e, após o atendimento ter sido realizado, solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas exclusivamente pela SulAmérica, de acordo com as condições e os limites do plano contratado. Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o profissional e solicite os recibos de todos os serviços realizados, discriminadamente;
- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 10, “Reembolso”, deste Manual);
- Munido dos documentos especificados, dirija-se a qualquer posto da SulAmérica ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, e solicite o reembolso;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela SulAmérica na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) à apólice coletiva;
- Caso não haja informação sobre a conta-corrente do beneficiário titular, o valor do reembolso ficará disponível, por 30 (trinta) dias, em qualquer agência do Banco do Brasil – devendo ser retirado mediante apresentação do documento de identidade do beneficiário titular e do cartão de identificação do beneficiário emitido pela SulAmérica.

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

Atenção

Quando da utilização do sistema de reembolso, o valor correspondente à coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao beneficiário.
Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo seguro-saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual, bem como o “Anexo” referente à sua categoria de plano.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), EM VIGOR NA DATA DA REALIZAÇÃO DO EVENTO PARA A SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDA 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

- Cobertura da participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da realização do evento, 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 da realização do evento.
- 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.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura disposta neste Manual, como a internação em leito de terapia intensiva após a realização de transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas sim parte integrante do procedimento inicial, não recebendo, portanto, cobertura por esta apólice coletiva.

Os procedimentos realizados por *laser*, radiofrequência, robótica, neuronavegação, endoscopia, laparoscopia e demais 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.

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 assistentes, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.
- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e suas atualizações, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como 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.

- Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).

- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de saúde, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
  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 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, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características;
  a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a 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

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

Denominação Comum internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

- 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 (UTI) e unidades similares, e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de hemoterapia ambulatorial.
- Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

4.1.2. Cobertura hospitalar

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

Atenção

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

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva (CTI) ou similar, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

- Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do beneficiário, durante o período de internação. Definem-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do beneficiário, bem como os serviços gerais de enfermagem e alimentação.

- Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar do beneficiário, conforme justificativa do médico assistente.

- 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, desde que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

- Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar do beneficiário, quando indicado pelo médico assistente, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e/ou habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina (CRM).

- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.
  Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
  O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela SulAmérica, 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.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

As divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas aos serviços cobertos no seguro serão resolvidas por junta médica. A junta médica será constituída pelo profissional solicitante, ou nomeado pelo beneficiário, por médico da Operadora, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora. O profissional solicitante poderá recusar até 3 (três) nomes indicados pela Operadora para composição da junta médica. Ocorrendo a recusa, o quarto nome indicado pela Operadora comporá a junta médica. Na hipótese de o profissional solicitante se recusar a participar da junta médica ou se manter silente em relação à comunicação da Operadora de instauração da junta médica, fica a Operadora isenta da obrigatoriedade de cobertura do procedimento solicitado.

- 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 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 assistentes e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, e de portadores de necessidades especiais. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo hospital;

c) exclusivamente a acomodação do acompanhante, para os beneficiários maiores de 18 (dezoito) anos que optaram por planos com padrão de acomodação em apartamento.

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

Atenção

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

04.
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, 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 desta apólice coletiva 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.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

- 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. Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

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, mediato 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.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

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

A. as despesas assistenciais com doadores vivos;

B. os medicamentos utilizados durante a internação;

C. o acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

D. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Atenção

As despesas assistenciais com doadores vivos, referidas acima, somente serão cobertas pela SulAmérica 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, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

CID-10 da Organização Mundial da Saúde (OMS)	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentos devido ao uso de substâncias psicoativas
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30 e F31	Transtorno do humor
F84	Transtornos globais do desenvolvimento

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

4.1.3. Cobertura obstétrica

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

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

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 de 180 (cento e oitenta) dias. Caso não tenha cumprido, a assistência ao recém-nascido deve respeitar a carência já cumprida pelo beneficiário.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha a substituí-la.
  Entende-se o pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias após o parto, quando indicado pelo médico assistente.

4.1.4. Remoção

O beneficiário que já tiver cumprido os períodos de carência deverá ser removido, por via terrestre e a partir da ciência da Operadora, desde que haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, nas situações a seguir:

a) Quando o beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado dentro da área de atuação do plano, deverá ser removido para um hospital referenciado do plano contratado;

b) Quando o beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não referenciado localizado dentro da área de atuação do plano, deverá ser removido para um hospital referenciado do plano contratado;

c) Quando o beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado dentro da área de atuação do plano contratado, deverá ser removido somente quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem;

d) Quando o beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado e não pertencente à rede referenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, deverá ser removido para um hospital referenciado apto a realizar o devido atendimento, somente nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado, e na indisponibilidade ou inexistência de rede referenciada, conforme Resolução Normativa n.º 259;

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

e) Quando o beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, deverá ser removido para outro hospital referenciado nos casos em que houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede referenciada;

f) A remoção do beneficiário que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:

- Quando o beneficiário estiver em local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de rede referenciada conforme previsto na Resolução Normativa n.º 259;

- Quando o beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede referenciada.

A remoção será coberta após atendimentos de urgência e emergência, conforme descrito no subitem 4.1.5. (“Urgências e emergências”), a seguir.

Atenção

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

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

4.1.5. Urgências e emergências

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

  Emergência é o evento que implique 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 que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

  Acidente pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do beneficiário.

- Nos casos de urgência e emergência, 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 referente 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. Persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará. Uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará a cargo da Operadora de planos privados de assistência à saúde. Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

- Nos casos de urgência e emergência, quando houver acordo para Cobertura parcial temporária (CPT), o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação que 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 PAC relacionados a 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 referenciada ou para o SUS, quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.
- Quando o beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no item anterior, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida do beneficiário, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Operadora deste ônus.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

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

- Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade referenciada, será garantido o reembolso de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora à rede referenciada para o plano do beneficiário.
  Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

Atenção

As coberturas referidas no item 4.1.5. (“Urgências e emergências”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o Plano Referência Adesão Trad.10 REF QC. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

05.
Coberturas de saúde adicionais

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98, ESTE SEGURO-SAÚDE OFERECE AS SEGUINTES COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO E EM "ANEXOS" DESTE MANUAL.

5.1. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado, incluindo:

- Despesas assistenciais com doador vivo;
- Medicamentos utilizados durante a internação;
- Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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.

5.2. TERAPIAS

Psicomotricidade – até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do benefício.

Escleroterapia – até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do benefício.

Fonoaudiologia – até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do benefício, já inclusas as sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.

O número de sessões de terapia por ano será zerado a cada período de 12 (doze) meses com início sempre no mês de janeiro de cada ano, quando se iniciará nova contagem para fins de concessão do benefício.

06.
Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE SEGURO-SAÚDE AS DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

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

6.1. Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;

6.2. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais (mesmo que decorrentes de emergência e/ou urgência), exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina (CRM), ou realizadas em estabelecimentos que não possuem alvará da vigilância sanitária ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde;

6.3. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

6.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

6.5. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico, ou com finalidade estética;

6.6. Enfermagem particular, seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e *home care*, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;

6.7. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de medicina ortomolecular;

06.
Exclusões de cobertura

6.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

6.9. Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, *spas*, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

6.10. Curativos, materiais e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou do regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;

6.11. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

6.12. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

6.13. Vacinas e autovacinas;

6.14. Inseminação artificial;

6.15. Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

6.16. Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do beneficiário;

06.
Exclusões de cobertura

6.17. Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do beneficiário durante o período de internação hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento etc.;

6.18. Remoções realizadas por via aérea ou marítima;

6.19. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas que não são registrados no país ou que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ou cujas indicações não constem da bula/Manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

6.20. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de acidente pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos bucomaxilofaciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e ocorridos em regime de internação hospitalar;

6.21. Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

6.22. Exames admissionais, periódicos e demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academia de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);

6.23. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) do Ministério da Saúde;

6.24. Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, vigente na data de realização do evento.

07.
Validação prévia de procedimentos

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

7.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE

Eletrocardiografia dinâmica (*holter*), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, *tilt tests* e seus derivados, polissonografia, endoscopia, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudos hemodinâmicos e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não).

Atenção

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para outros exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas SulAmérica.

7.2. SERVIÇOS AUXILIARES DE TERAPIA

Fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, litotripsia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, terapia ocupacional, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, acupuntura, escleroterapia, monitorização de pressão intracraniana.

7.3. SERVIÇOS AMBULATORIAIS

Cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que 0 (zero), 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.

07.
Validação prévia de procedimentos

7.4. INTERNAÇÕES

Internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

A solicitação de autorização para internação deve ser requerida pelo prestador à Operadora.

7.5. REMOÇÕES

O pagamento do reembolso de serviços de remoção fica condicionado à apresentação de validação prévia emitida pela Operadora.

Como solicitar validação prévia

Entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas SulAmérica:

- Capitais e regiões metropolitanas: **4004-5900**
- Demais regiões: **0800-970-0500**

Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para **0800-702-2242**, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

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.

08. 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 SulAmérica e a Qualicorp.*

8.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 8.1.1. ("Redução dos prazos de carência") e 8.1.2. ("Isenção dos prazos de carência").

Grupos de carência	Cobertura	Prazos contratuais
Grupo 0	Acidentes pessoais.	0 (zero) hora
	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo e fonoaudiologia, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subsequentes.	15 (quinze) dias

08.
Carências

Grupos de carência	Cobertura	Prazos contratuais
Grupo 2	Internações hospitalares, ultrassonografias com *doppler,* ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, *tilt tests* e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, litotripsias, escleroterapia e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 3	Parto a termo.	300 (trezentos) dias
Grupo 4	Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética, internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência terão sua continuidade assegurada, desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuado até a data do respectivo vencimento, conforme descrito no capítulo 12 (“Pagamento”) deste Manual.

08. Carências

O cônjuge ou companheiro(a), incluído(a) no seguro em até 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a sua condição de dependente, estará isento(a) do cumprimento dos prazos de carência e estará sujeito(a) a Cobertura parcial temporária (CPT) para Doenças e lesões preexistentes (DLP).

Os filhos solteiros, incluídos no seguro após 30 (trinta) dias da data da adesão do beneficiário titular, deverão cumprir os prazos de carência e estarão sujeitos a Cobertura parcial temporária (CPT) para Doenças e lesões preexistentes (DLP).

O filho natural ou adotivo recém-nascido do beneficiário titular, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e CPT para DLP, desde que o beneficiário titular tenha isenção ou cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas neste Manual.

Quando o beneficiário titular estiver cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, e o recém-nascido for incluído até 30 (trinta) dias da data do seu nascimento ou adoção, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo beneficiário titular, e estará isento da CPT para DLP.

O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser incluído no seguro-saúde com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela, e não estará sujeito a CPT para DLP.

O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente poderá ser incluído no seguro-saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento e terá aproveitamento dos prazos de carências cumpridos pelo beneficiário titular pai, e estará isento da CPT para DLP.

O filho natural ou adotivo recém-nascido, o filho adotivo menor de 12 (doze) anos, o cônjuge ou companheiro(a), o filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, incluídos no seguro-saúde após o prazo de 30 (trinta) dias do seu nascimento, adoção, casamento ou união estável, reconhecimento de paternidade, respectivamente, deverão cumprir as carências estabelecidas neste capítulo e estarão sujeitos a CPT para DLP.

08.
Carências

8.1.1. Redução dos prazos de carência

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 8.1. (“Prazos de carência“) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este seguro-saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela SulAmérica no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da SulAmérica, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 8.1. (“Prazos de carência“) deste Manual.

8.1.2. Isenção dos prazos de carência

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 8.1. (“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”), na apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a SulAmérica.

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 na referida apólice coletiva.

09.
Cobertura parcial temporária

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO-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") à apólice coletiva, 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 referenciados, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do seguro-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.

09.
Cobertura parcial temporária

- Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no *site* **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de 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 integral, conforme a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, prevista na Lei n.° 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício;
- 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.

09.
Cobertura parcial temporária

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

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

10. Reembolso

REEMBOLSO É O RESSARCIMENTO FEITO PELA SULAMÉRICA AO BENEFICIÁRIO TITULAR, NAS CONDIÇÕES E LIMITES DO PLANO CONTRATADO, DE DESPESAS COM SERVIÇOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO-SAÚDE, SEJAM ELETIVOS OU EMERGENCIAIS, EFETUADAS PELO BENEFICIÁRIO TITULAR OU POR SEUS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES FORA DA REDE REFERENCIADA DE PRESTADORES PARA O PLANO CONTRATADO.

10.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

O valor do reembolso de despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do plano do beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na "Tabela SulAmérica Saúde" e não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas.

Para saber os múltiplos de reembolso para cada procedimento, consulte neste Manual, no "Anexo" referente à sua categoria de plano, o item 2 ("Reembolso").

10.2. DIÁRIAS HOSPITALARES

O valor das diárias hospitalares previsto na "Tabela SulAmérica Saúde" inclui: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente beneficiário, alimentação do acompanhante, banho no leito, administração de medicamentos e todos os demais serviços de enfermagem, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à data do evento, e com as condições previstas neste Manual. As diárias de UTI incluem, além dos serviços previstos na diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória. Salienta-se que as diárias incluem apenas a alimentação fornecida pelo próprio hospital.

Em caso de parto, estão incluídos também a permanência da parturiente e do(a) recém-nascido(a) em instalações adequadas e os cuidados pertinentes ao procedimento durante o trabalho de parto.

10. Reembolso

10.3. TAXAS DE SALA

As taxas de sala cirúrgica previstas na “Tabela SulAmérica Saúde” somente serão reembolsadas quando a cirurgia for comprovadamente realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado.

As taxas de sala cirúrgica serão pagas de acordo com o porte da cirurgia, classificado com base no porte anestésico apresentado na “Tabela SulAmérica Saúde”. O porte anestésico 0 (zero) significa “não participação do anestesista”, circunstância em que a taxa não é devida.

Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente pela mesma equipe cirúrgica ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, aquela correspondente à cirurgia de maior porte.

As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além de esterilização do material e os serviços de enfermagem.

As demais taxas (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso, exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com a “Tabela SulAmérica Saúde” para o procedimento realizado.

10.4. MEDICAMENTOS E MATERIAIS CIRÚRGICOS

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a CONSU 08, alterada pela CONSU 15.

10.5. HONORÁRIOS PROFISSIONAIS DE CONSULTAS, SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA, ATENDIMENTO AMBULATORIAL E INTERNAÇÕES HOSPITALARES

O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na “Tabela SulAmérica Saúde”, devidamente registrada em cartório, observados a quantidade de auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento.

10. Reembolso

10.6. REMOÇÕES

As despesas com remoções terrestres somente serão reembolsadas com a prévia e expressa validação da SulAmérica.

10.7. DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

Para obter o reembolso de despesas efetuadas fora da rede referenciada pela SulAmérica para o plano contratado, é necessário apresentar documentos específicos, conforme indicado a seguir.

Consultas médicas

- Cópia do cartão de identificação;
- Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços, receituário ou Nota Fiscal original, constando:
    - Nome do paciente;
    - Nome do responsável pelo pagamento;
    - Data da realização;
    - Valor cobrado (numérico e extenso);
    - Nome e endereço completos do prestador do serviço;
    - CNPJ ou CPF completo do prestador do serviço;
    - CRM e especialidade do médico;
    - Carimbo com nome, CRM e especialidade do médico;
    - Assinatura do profissional;
    - Discriminação do serviço realizado.

10. Reembolso

Para consultas psiquiátricas: além dos documentos relacionados, é necessário o envio do relatório do médico com diagnóstico e tratamento a ser realizado.

Consulta médica: somente será coberta se realizada por profissional inscrito no CRM e se a especialidade for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Exames laboratoriais e radiológicos

- Cópia do cartão de identificação;
- Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços ou Nota Fiscal original, constando:
    - Nome do paciente;
    - Nome do responsável pelo pagamento;
    - Data da realização;
    - Valor cobrado (numérico e por extenso);
    - Nome de cada exame realizado com os respectivos valores unitários;
    - Região corpórea e quantidade de incidências (Ex.: 3 (três) radiografias do tornozelo esquerdo);
    - Nome, endereço e CNPJ completos do prestador do serviço;
    - Assinatura do profissional.
- Cópia da requisição do médico;
- Cópias dos laudos de exames, se houver (biópsia/anatomopatológico).

Terapias (fisioterapias, radioterapia, outras)

- Cópia do cartão de identificação;
- Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços ou Nota Fiscal original, constando:

10. Reembolso

- Nome do paciente;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Valor cobrado por sessão;
- Nome e endereço completos do prestador do serviço;
- CNPJ ou CPF completo do prestador;
- CRM/CREFITO/CRP/CRF/CRN;
- Especialidade do médico ou da entidade médica;
- Assinatura do profissional;
- Quantidade e data de sessões.

- Relatório do médico assistente, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), informando: diagnóstico; tratamento prescrito; tempo de existência da doença e estimativa de sessões necessárias.

Fisioterapia: só terá cobertura se solicitada por profissional com CRM.

Radioterapia: encaminhar juntamente as cobranças do médico e do hospital (custo operacional), caso haja cobrança em separado.

Nutricionista: prescrição médica com indicação para acompanhamento nutricional.

Despesas hospitalares

- Cópia do cartão de identificação;
- Nota Fiscal original, com:
  - Nome do paciente;
  - Nome do responsável pelo pagamento;
  - Valor cobrado;

10. Reembolso

  - CNPJ completo do prestador;
  - Data do atendimento e/ou período de internação.
- Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individuais;
- Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores e quantidades individuais;
- Relatório médico informando: diagnóstico; tratamento realizado; etiologia (causa);
- Materiais especiais, órteses e próteses: informar marca, modelo e fabricante;
- Banco de sangue: enviar etiquetas com número das bolsas de hemocomponentes transfundidos com prescrição médica e evolução médica e de enfermagem;
- Cópia do laudo de exame, inclusive biópsia e anatomopatológico (se houver).

Nota: *Todos os processos de reembolso passam por análise de consultor técnico que, em casos de dúvidas, para melhor classificação do procedimento dentro da tabela contratada, poderá solicitar documento complementar.*

Honorários médicos

- Cópia do cartão de identificação;
- Recibo original e individual dos profissionais que atuaram na cirurgia, em formulário próprio do prestador de serviços ou Nota Fiscal original, constando:
  - Nome do paciente;
  - Nome do responsável pelo pagamento;
  - Data da realização;
  - Valor cobrado;
  - Especialidade do médico;
  - Nome e endereço completos do prestador do serviço;

10. Reembolso

  - CNPJ ou CPF completo do prestador do serviço;
  - Assinatura do profissional.

- No caso de equipe cirúrgica cobrada por Prestador Jurídico (CNPJ), informar nome, CRM, posição e valor cobrado para cada profissional;
- Relatório médico informando: diagnóstico; tratamento realizado; etiologia (causa); e tempo de existência da doença;
- Partos sem Validação prévia de procedimentos (VPP): enviar cópia da certidão de nascimento do recém-nascido;
- Para laqueadura e vasectomia, é obrigatório o envio do Termo de Esterilização Voluntária;
- Visitas: relatório médico emitido pelo médico, informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas realizadas com as respectivas datas;
- Cópia do laudo de exame, inclusive biópsia e anatomopatológico (se houver), colangiografia intraoperatória, polissonografias;
- Descrição cirúrgica em procedimentos complexos (mais de uma cirurgia) ou divergente da Validação prévia de procedimentos (VPP).

Nota: *O Prestador Físico (CPF) deverá efetuar somente a cobrança referente aos seus próprios honorários prestados, não sendo passível cobrança para demais membros da equipe. Cada profissional deverá emitir a cobrança individualizada referente aos seus honorários.*

Remoção terrestre

- Cópia do cartão de identificação;
- Recibo original em impresso próprio do prestador de serviço ou Nota Fiscal original com:
  - Nome do paciente;
  - Nome do responsável pelo pagamento;

10. Reembolso

- Valor cobrado;
- CNPJ completo do prestador;
- Nome e endereço completos do prestador do serviço;
- Total de quilômetros rodados;
- Local e data da partida e destino;
- Especificar qual o tipo de ambulância (UTI ou simples).

- Relatório médico informando o diagnóstico do paciente.

Importante: Serão reembolsadas as despesas com remoção se vierem acompanhadas de relatório médico, justificando a necessidade, conforme o seguro-saúde contratado.

Atenção

Os documentos devem ser apresentados no original e conter o(s) carimbo(s) do(s) prestador(es) de serviços, com o nome, a especialidade e o número de registro dos profissionais em seus respectivos Conselhos.

Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e a análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a SulAmérica solicitará documentos e/ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido para o reembolso.

Não serão cobertas despesas extras, como frigobar, telefonemas, aparelhos de TV etc., nem despesas com acompanhantes do paciente beneficiário diferentes das previstas neste Manual.

10. Reembolso

Prazo para reembolso

- O valor correspondente à coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao beneficiário titular.
- O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.
- 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.
- É facultado ao beneficiário titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Operadora.
- Antes do recebimento do cartão de identificação para acesso à rede referenciada, será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.
- Ainda que o beneficiário tenha, na mesma Operadora, mais de um seguro-saúde, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os maiores valores de reembolso, perdendo o beneficiário o excesso de prêmios eventualmente pagos.
- O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

10. Reembolso

Como solicitar reembolso

Reúna os documentos originais necessários para o procedimento realizado, listados no item 10.7. (“Documentos originais necessários para reembolso“), e entregue-os numa das opções a seguir.

Com a SulAmérica

A documentação deverá ser recebida pela SulAmérica via correio ou através das Unidades Descentralizadas de Atendimento ao Segurado (UDAS). Os endereços encontram-se disponíveis no *site* **www.sulamerica.com.br**.

Com a Qualicorp Administradora de Benefícios

A documentação deverá ser recebida pela Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim. A Qualicorp fará a conferência dos documentos necessários para o pedido de reembolso e os enviará para a SulAmérica.

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

Atenção

Para algumas Entidades, existem regras e locais específicos para a solicitação de reembolso. Informe-se por meio dos canais de atendimento da Qualicorp. Salienta-se que, em todos os casos, a SulAmérica é a única e exclusiva responsável pela análise, aprovação e pagamento dos valores de reembolso.

11. Alterações cadastrais

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

11.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia da Certidão de Casamento;

C. cópia do RG e do CPF do cônjuge;

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

E. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

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

11.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);

C. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

E. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;

11. Alterações cadastrais

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

11.3. 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 seguro-saúde após 30 (trinta) dias da data do nascimento, será necessário o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde.

11.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(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. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

11.5. INCLUSÃO DE FILHO(A) ABSOLUTAMENTE INCAPAZ SOLTEIRO(A) DE QUALQUER IDADE, SOB TUTELA OU CURATELA DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

11. Alterações cadastrais

B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

C. cópia do RG (se houver);

D. cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;

E. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

F. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

G. cópia da tutela ou curatela expedida por órgão oficial;

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

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

11.6. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) 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 do enteado(a) (se houver);

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

F. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);

11. Alterações cadastrais

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.

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

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

C. cópia do RG (se houver);

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

F. cópia da tutela ou termo de guarda expedido por órgão oficial;

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

Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro(a), podendo ser solicitada documentação complementar (ver o item 2.1.2., "Quem pode ser beneficiário dependente").

Atenção

Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou comprobatórios dos direitos outorgados.

11. Alterações cadastrais

11.8. 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) na apólice coletiva de seguro-saúde.

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

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia do documento que comprove a alteração.

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

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

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

11.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência poderá ser solicitada para plano de categoria imediatamente superior (veja, neste Manual, o item 2.3., “Categorias de planos”, bem como os “Anexos”

11. Alterações cadastrais

referentes a cada categoria de plano). A transferência será realizada sempre no mês de janeiro, respeitadas as demais regras vigentes neste benefício.

Salienta-se que a solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Por exemplo: beneficiários com início de vigência no dia 1 (um) deverão fazer a solicitação de transferência até o dia 11 (onze) do mês anterior ao mês de início de vigência, e assim por diante.

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

Ressalta-se também que o plano e o padrão de acomodação dos beneficiários dependentes sempre serão iguais aos do beneficiário titular. Em razão das condições contratuais estabelecidas para este benefício, **não é possível a transferência para plano de categoria inferior**.

Praças DF e GO	
Opções de transferência para plano imediatamente superior	
De	Para
Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 7,2*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 7,2*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 9,0*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 9,0*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 12,0*

11. Alterações cadastrais

Praça RJ	
Opções de transferência para plano imediatamente superior	
De	Para
Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP
Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP
Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 7,2*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 7,2*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 9,0*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 9,0*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 12,0*

Praças SP, RS e PE	
Opções de transferência para plano imediatamente superior	
De	Para
Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP
Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 7,2*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 7,2*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 9,0*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 9,0*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 12,0*

11. Alterações cadastrais

Praça BA	
Opções de transferência para plano imediatamente superior	
De	Para
Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP
Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 7,2*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 7,2*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 9,0*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 9,0*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 12,0*

Demais Praças	
Opções de transferência para plano imediatamente superior	
De	Para
Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP
Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*
Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 7,2*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 7,2*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 9,0*
Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 9,0*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP 12,0*

**Múltiplo de reembolso de consulta (paciente não internado).*

Atenção

A possibilidade de transferência de plano, objeto do item 11.11. (“Transferência de plano”) deste Manual, não se aplica aos beneficiários do Plano Referência Adesão Trad.10 REF QC.

11. 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 ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do casamento ou da união estável, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 11.11. (“Transferência de plano”) deste capítulo.

11.
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.

12. 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 SEGURO-SAÚDE NA SULAMÉRICA E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

12.1. 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") à apólice coletiva, a saber:

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

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

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

** A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar os 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 SulAmérica.

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

12. 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") à apólice coletiva. A cobrança de tais despesas de coparticipação será efetuada assim que a Qualicorp receber, da Operadora, a definição do valor dessas mesmas despesas.

12.2. 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") à apólice coletiva. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 12.4. ("Atraso e inadimplência"), neste mesmo capítulo.

12.3. 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 11.9., "Alteração de dados bancários, para efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso") e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, "Alterações cadastrais", deste Manual.

12.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

Uma vez que a Qualicorp garante as obrigações dos beneficiários constantes da apólice coletiva mantida com a SulAmérica, 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).

12. Pagamento

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

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

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) da apólice coletiva, 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 à apólice 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) na apólice coletiva. 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.

12.
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 do 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.

13. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) À REFERIDA APÓLICE COLETIVA, 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 SulAmérica para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela SulAmérica.

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 13.3. (“Reajuste por mudança de faixa etária”) deste Manual.

13.1. REAJUSTE FINANCEIRO

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

13.2. 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 na apólice coletiva, tanto o realizado na rede de prestadores referenciados pela

13. Reajustes

SulAmérica quanto o realizado por prestadores não referenciados (de livre escolha, via reembolso de despesas pagas pelos beneficiários, conforme condições contratuais).

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) à apólice coletiva.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice coletiva, 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 seguro-saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

13.3. 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:

13. Reajustes

Faixa etária	Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,2*
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

Faixa etária	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 3,8*	Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 5,6*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 7,2*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 9,0*	Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP - 12,0*	Referência Adesão Trad.10 REF QC
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

**Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado).*

13. Reajustes

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 nesta apólice coletiva.

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-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 À APÓLICE COLETIVA, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

14.1. 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 à apólice coletiva, 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 11 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

14.2. 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 da apólice coletiva, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s), exceção feita ao caso de remissão do seguro, ver o item 15.1. (“Remissão de pagamento do benefício”) deste Manual.

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

14.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO SEGURO-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 seguro-saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 12.4 (“Atraso e inadimplência”), observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

14.4. 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) da apólice coletiva, 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.

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

14.5. 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 SulAmérica, 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").

14.6. 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.

14.7. PERDA DO DIREITO A BENEFÍCIOS E/OU A TODO O SEGURO-SAÚDE

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

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a "Proposta") que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.
- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da SulAmérica, 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 SulAmérica.

15.
Serviço adicional:
Remissão de pagamento do benefício

15.
Remissão de pagamento do benefício

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98 E DAS COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS INDICADAS NO CAPÍTULO 5 DESTE MANUAL, ESTE SEGURO-SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO E EM "ANEXOS" DESTE MANUAL.

15.1. REMISSÃO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

A SulAmérica disponibiliza a Remissão de pagamento do benefício.

Garantia aos dependentes remidos da continuidade no benefício contratado pelo prazo de 3 (três) anos, desobrigados do pagamento dos prêmios, em decorrência do falecimento ou invalidez total permanente do beneficiário titular, contados a partir do mês subsequente à data do óbito ou invalidez total e permanente do beneficiário titular.

Invalidez permanente total nos casos de acidente: entende-se por incapacidade permanente total o fato de o acidentado em exercício laboral, após o devido tratamento psicofísico-social, apresentar incapacidade permanente e total para o exercício de qualquer atividade laborativa. Esta informação é captada a partir da habilitação do benefício de aposentadoria por invalidez por acidente do trabalho nos Postos do Seguro Social do INSS.

E, nos casos de doença, é aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do beneficiário titular. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos os portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

15.1.1. Dependentes remidos

Serão considerados como dependentes remidos exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os(as) filhos(as) solteiros(as) de qualquer idade, os filhos(as) absolutamente incapazes solteiros(as) de qualquer idade que estejam sob a tutela ou curatela do beneficiário titular por determinação judicial, equiparando-se ao(à) filho(a) o(a) enteado(a) e o(a) menor que esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por

15. Remissão de pagamento do benefício

determinação judicial, incluídos no seguro-saúde como dependentes até o dia anterior ao falecimento do beneficiário titular.

O cônjuge ou companheiro(a) deverá comprovar a união mediante comprovação de Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável com o beneficiário titular e não será admitida a inclusão de novos beneficiários durante o período de Remissão de pagamento do benefício.

15.1.2. Carência

O direito à Remissão de pagamento do benefício será adquirido após o cumprimento dos prazos de carência, exceto quando o falecimento for decorrente de acidente pessoal devidamente comprovado.

15.1.3. Direito à Remissão de pagamento do benefício

A Remissão de pagamento do benefício somente entrará em vigor se:

A. O falecimento do beneficiário titular ocorrer durante a vigência do seguro-saúde;

B. O falecimento do beneficiário titular for decorrente de evento coberto pelo seguro-saúde contratado;

C. O beneficiário titular tiver cumprido o prazo de carência previsto no seguro-saúde contratado para o evento causador de sua morte;

D. Existir vínculo do beneficiário titular com a apólice coletiva na data do falecimento ou invalidez total e permanente, nos termos estabelecidos entre a Qualicorp e a SulAmérica;

E. Todos os pagamentos mensais anteriores à data do falecimento do beneficiário titular estiverem quitados.

15. Remissão de pagamento do benefício

15.1.4. Comunicação à Administradora de Benefícios e documentação necessária

A Qualicorp deverá ser comunicada sobre o falecimento ou a invalidez total e permanente do beneficiário titular em até 30 (trinta) dias da data do evento, mediante apresentação dos seguintes documentos:

Falecimento do beneficiário titular:

A. Carta do(s) dependente(s) devidamente assinada, solicitando o cancelamento do plano atual e a inclusão no benefício da Remissão;

B. Certidão de Óbito do beneficiário titular;

C. Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável autenticada;

D. Certidão de Nascimento, CPF e RG dos filhos e enteados solteiros.

Invalidez permanente do beneficiário titular:

A. Carta do(s) dependente(s) devidamente assinada, solicitando o cancelamento do plano atual e a inclusão no benefício da Remissão;

B. Certidão de Invalidez Total e Permanente do beneficiário titular, emitida pelo INSS;

C. Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável autenticada;

D. Certidão de Nascimento, CPF e RG dos filhos e enteados solteiros.

Os documentos exigidos nos subitens anteriores poderão ser cópias simples e/ou autenticadas e deverão ser encaminhados à Qualicorp.

15.1.5. Início de vigência

O início de vigência da Remissão de pagamento do benefício será sempre o 1.º (primeiro) dia do mês subsequente da comunicação formal à Operadora do falecimento ou invalidez total e permanente do beneficiário titular.

15.
Remissão de pagamento do benefício

15.1.6. Cancelamento da Remissão de pagamento do benefício

A Remissão de pagamento do benefício estará automaticamente cancelada, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização, nas seguintes situações:

A. Perda da condição de dependente remido;

B. Decorridos os 3 (três) anos de Remissão de pagamento do benefício;

C. Constatação de infrações ou fraudes praticadas pelo beneficiário titular e/ou qualquer dos beneficiários remidos;

D. Cancelamento ou rescisão da apólice coletiva, a critério da Qualicorp ou da SulAmérica.

16.
Serviço adicional:
Assistência 24 Horas

16.
Assistência 24 Horas

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98 E DAS COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS INDICADAS NO CAPÍTULO 5 DESTE MANUAL, ESTE SEGURO-SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO E EM "ANEXOS" DESTE MANUAL.

16.1. ASSISTÊNCIA 24 HORAS

Este seguro-saúde coloca à disposição de seus beneficiários residentes e domiciliados no Brasil, no caso de doenças ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio, e que impeçam sua locomoção, os serviços de Assistência 24 Horas descritos a seguir.

Os serviços de Assistência 24 Horas deverão ser, obrigatoriamente, solicitados à Central de Serviços SulAmérica, não cabendo em nenhuma hipótese a utilização do sistema de livre escolha.

16.2. SERVIÇOS PRESTADOS NO BRASIL

A. Remoção do beneficiário
   Se em caso de doença ou acidente, após os primeiros socorros terem sido prestados, for verificada a necessidade de remoção para hospital mais bem equipado ou para o domicílio, a Assistência 24 Horas organizará os contatos entre sua equipe médica e o estabelecimento hospitalar em que o beneficiário estiver, para realizar a remoção.
   Nenhum outro motivo, que não o da estrita conveniência médica, poderá determinar a remoção do beneficiário, bem como a escolha do tipo de transporte.
   A remoção terá início após o recebimento da liberação formal por escrito do médico responsável ou do serviço hospitalar do local onde o beneficiário estiver hospitalizado.
   Se a decisão médica for remover o beneficiário para hospital mais bem equipado, a Assistência 24 Horas contratará e assumirá as despesas com o traslado até o estabelecimento de saúde mais próximo, com infraestrutura adequada, cabendo ao familiar, ou a quem solicitar o serviço, a reserva e a confirmação da disponibilidade de vaga no hospital de destino.

16.
Assistência 24 Horas

A remoção do beneficiário será realizada com início a partir do estabelecimento hospitalar que prestou os primeiros-socorros. O trajeto até o hospital de destino não poderá ser superior à distância entre o local do acidente e o município de residência do beneficiário titular.
As despesas médicas de hospitalização, diagnose, terapia e medicamentos, não cobertas pelo seguro-saúde, correrão por conta do beneficiário.

B. Retorno de acompanhantes

Caso o(s) acompanhante(s) do beneficiário fique(m) impossibilitado(s) de retornar ao(s) seu(s) domicílio(s), pelo meio de transporte utilizado pelo beneficiário, a Assistência 24 Horas providenciará e custeará o transporte para o retorno.
Fica a critério da Assistência 24 Horas a escolha do transporte para este retorno, podendo ser de táxi, ônibus ou avião de linha regular.

C. Acompanhante em caso de hospitalização do beneficiário, por período superior a 5 (cinco) dias

Caso o beneficiário fique hospitalizado por doença súbita ou acidente, por período superior a 5 (cinco) dias, e encontre-se sozinho, vindo a necessitar de acompanhante, será fornecido transporte de ida e volta, à escolha da Assistência 24 Horas, para que uma pessoa indicada pelo beneficiário, que resida e encontre-se no Brasil, esteja presente durante o período de hospitalização.
O percurso coberto pela passagem não poderá ser superior à distância entre o domicílio do beneficiário e o local em que ocorreu o evento.

D. Hospedagem do acompanhante

Se, em caso de doença súbita ou acidente, o beneficiário for hospitalizado por período superior a 5 (cinco) dias e fizer jus ao serviço de acompanhante, conforme item C (“Acompanhante em caso de hospitalização do beneficiário, por período superior a 5 (cinco) dias”), anterior, a Assistência 24 Horas assumirá os gastos com a hospedagem desse acompanhante por até 5 (cinco) diárias, improrrogáveis, iniciando após o 5.º (quinto) dia de hospitalização do assistido.

16.
Assistência 24 Horas

O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto *standard* (padrão/simples), com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, refeições, estacionamento etc.), obedecendo ao limite máximo de R$ 100,00 (cem reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.

E. Prolongamento da estada

Se, em caso de doença súbita ou acidente, e imediatamente após a alta hospitalar, for recomendada a permanência do beneficiário na cidade de hospitalização, por razões estritamente médicas, motivando alteração da data de retorno de sua viagem, a Assistência 24 Horas providenciará a hospedagem do beneficiário por até 5 (cinco) diárias, improrrogáveis. A recomendação deverá ser justificada através de relatório do médico responsável e confirmada pela equipe médica da Assistência 24 Horas.
O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto *standard* (padrão/simples), com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, adaptações nos cômodos, equipamento de *home care*, refeições, estacionamento etc.), obedecendo ao limite máximo de R$ 100,00 (cem reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.

F. Remoção em caso de falecimento do beneficiário

Se em virtude de doença ou acidente o beneficiário vier a falecer, a Assistência 24 Horas arcará com as despesas do traslado do corpo até a cidade de seu domicílio, estando incluído na remoção o fornecimento de urna simples, apropriada para o traslado.
O percurso de remoção não deverá ser superior à distância entre o local do evento e o município do domicílio do beneficiário.

G. Retorno antecipado do beneficiário ao seu domicílio

A Assistência 24 Horas fornecerá passagem de avião de linha regular, em classe econômica, ou de qualquer meio de transporte mais adequado, para que o beneficiário retorne ao seu domicílio, caso tenha que interromper sua viagem, em razão de morte súbita de seu cônjuge, filhos, pais ou irmãos.

16.
Assistência 24 Horas

H. Bagagem

Se a bagagem do beneficiário extraviar-se, durante o período em que estiver sob a responsabilidade da empresa de aviação, a Assistência 24 Horas não poupará esforços visando a sua recuperação.
Esse serviço não prevê o pagamento de indenização ou qualquer ressarcimento pela perda da bagagem ou seu conteúdo.

I. Motorista substituto no Brasil

Caso o beneficiário fique impossibilitado de dirigir em razão de doença súbita ou acidente pessoal, segundo recomendação médica, e não haja acompanhante que possa fazê-lo, a Assistência 24 Horas providenciará motorista para conduzir o veículo do beneficiário até o seu domicílio.
Esse serviço será prestado exclusivamente no território nacional, inclusive para os beneficiários do plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP, somente se o veículo do beneficiário estiver em condições de trafegar, conforme as exigências das normas oficiais de trânsito.
Correrão por conta da Assistência 24 Horas apenas a remuneração do motorista e suas respectivas despesas de alimentação e hospedagem, se necessário.
OBS: Este serviço não está previsto para veículos de carga, táxis, *vans, pick-up*, utilitários, ônibus, motos e veículos adaptados para deficientes.

J. Reembolso de tarifa por passagem perdida

Se, em caso de doença súbita ou acidente em viagem e por razões estritamente médicas, o beneficiário for obrigado a alterar a data de retorno de sua viagem, possuindo bilhete aéreo com data ou limitação de regresso, a Assistência 24 Horas reembolsará as despesas referentes à diferença de tarifa.
O reembolso será efetuado ao beneficiário, mediante comprovante de pagamento à empresa aérea e apresentação de laudo médico comprovando a impossibilidade de embarque do beneficiário na data prevista anteriormente.

16.
Assistência 24 Horas

16.3. DELIMITAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

A) Os transportes, remoções e viagens fornecidos não compreenderão distância superior à existente entre o domicílio do beneficiário e o local de ocorrência do evento que tenha motivado o pedido de assistência.

B) O serviço de retorno ao domicílio após alta hospitalar só será fornecido até 30 (trinta) dias após a alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do médico ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do assistido.

16.4. EXCLUSÕES DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS

Os serviços de Assistência 24 Horas, anteriormente descritos, não serão prestados nos seguintes casos:

A. Se a viagem tiver duração superior a 60 (sessenta) dias consecutivos; será obrigação do beneficiário comprovar a data da saída de seu domicílio se assim solicitado pela Assistência 24 Horas;

B. Em razão de gravidez, salvo complicações imprevisíveis, e em qualquer caso, após 20 (vinte) semanas de gestação (confirmado pelo exame ultrassonográfico);

C. Serviço de retorno ao domicílio após 30 (trinta) dias da alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do médico assistente ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do beneficiário;

D. Em virtude de convalescença e/ou infecção em curso de tratamentos não terminados;

E. Recaída de doença anteriormente contraída, que comportava riscos de agravamento ou beneficiários em curso de doença ativa, manifestada antes do início da viagem;

F. Suicídio, tentativa de suicídio, duelo, rixa, alcoolismo, uso de tóxicos ou drogas não prescritas por médicos, bem como ato doloso praticado pelo beneficiário;

G. Alpinismo com escalada, caça a animais perigosos, uso de armas de fogo, pesca submarina, esportes perigosos, espeleologia, competição esportiva ou treino preparatório com veículos aéreos, terrestres e aquáticos;

16. Assistência 24 Horas

H. Não serão prestados atendimentos em países ou localidades em estado de guerra ou instabilidade política notória, guerra civil ou estrangeira, tumulto ou movimentos populares, greves, atos de terrorismo ou sabotagem, manifestações de radioatividade, bem como casos fortuitos ou de força maior;

I. Viagens ou hospitalização para tratamento estético. Fica também excluída a assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultante de exames realizados pelo beneficiário em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente;

J. Viagem contraindicada em razão do estado de conservação das vias e/ou dos meios de transporte, excesso de passageiros ou viagem para locais de difícil acesso e sem infraestrutura;

K. Transportes, remoções e viagens com distância superior à existente entre o domicílio do beneficiário e o local de ocorrência do evento que tenha motivado a solicitação do serviço;

L. Viagens para fins de tratamento médico (consultas médicas, hospitalização, exames complementares, fisioterapia etc.). Fica também excluída a assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultante de exames realizados pelo beneficiário em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente.

16.5. RESPONSABILIDADES

A Operadora não se responsabilizará por serviços que não foram solicitados, ou que não tenham sido por ela prévia e expressamente autorizados, não respondendo, em hipótese nenhuma, por indenizações ou prejuízos que o terceiro contratado, diretamente, possa causar ao beneficiário, seja a que título for.

16.
Assistência 24 Horas

Como solicitar os serviços de Assistência 24 Horas

Os serviços de Assistência 24 Horas deverão ser solicitados à Central de Atendimento 24 Horas SulAmérica, pelos telefones: **4004-5900** (capitais e regiões metropolitanas) e **0800-970-0500** (demais regiões). Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para **0800-702-2242**, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

17.
Serviço adicional:
Aconselhamento Médico Telefônico

17.
Aconselhamento Médico Telefônico

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI Nº 9.656/98 E DAS COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS INDICADAS NO CAPÍTULO 5 DESTE MANUAL, ESTE SEGURO-SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO E EM "ANEXOS" DESTE MANUAL.

17.1. ACONSELHAMENTO MÉDICO TELEFÔNICO

Este seguro-saúde coloca à disposição de seus beneficiários profissionais da área da saúde 24 (vinte e quatro) horas por dia para orientação por telefone para esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de remédios, bulas de remédios, interpretação de exames, entre outras.

Anexo I

Plano Ideal Adesão Trad.15 A
AHO QC COP

Plano Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP

1.1.2. Código do plano

474.005/15-0

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

Plano Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
1,2	0,6	0,6	0,6	0,6

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Ideal Adesão Trad.15 A AHO QC COP**
Consultas eletivas	R$ 25,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 50,00
Exames simples[1]	R$ 3,00
Exames complexos[2]	R$ 25,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 3,50
Demais procedimentos	R$ 3,50
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 250,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Ideal Adesão Trad.15 A
AHO QC COP

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) deste Manual estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo II

Plano Exato Adesão Trad.15 A
AHO QC COP

Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP

1.1.2. Código do plano

474.004/15-1

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
1,2	0,6	0,6	0,6	0,6

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QC COP**
Consultas eletivas	R$ 25,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 50,00
Exames simples[1]	R$ 3,00
Exames complexos[2]	R$ 25,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 3,50
Demais procedimentos	R$ 3,50
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 250,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Exato Adesão Trad.15
A AHO QC COP

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo III

Plano Exato Adesão Trad.15 A
AHO QP COP

Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

473.996/15-5

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
1,2	0,6	1,2	0,6	0,6

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 25,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 50,00
Exames simples[1]	R$ 3,00
Exames complexos[2]	R$ 25,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 3,50
Demais procedimentos	R$ 3,50
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 250,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Exato Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo IV

Plano Clássico Adesão Trad.15 A
AHO QC COP

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP

1.1.2. Código do plano

474.001/15-7

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.° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
2,6	1,0	1,0	1,0	1,0

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação coletiva.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP**
Consultas eletivas	R$ 25,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 50,00
Exames simples[1]	R$ 3,00
Exames complexos[2]	R$ 25,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 3,50
Demais procedimentos	R$ 3,50
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 350,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QC COP

[2] *Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.*

[3] *Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.*

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo V

Plano Clássico Adesão Trad.15 A
AHO QP COP

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

474.000/15-9

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.° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
2,6	1,0	2,0	1,0	1,0

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação individual.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 25,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 50,00
Exames simples[1]	R$ 3,00
Exames complexos[2]	R$ 25,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 3,50
Demais procedimentos	R$ 3,50
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 350,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Clássico Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo VI

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP*

**Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado): 3,2*

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

473.999/15-0

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
3,2	1,0	2,0	1,0	1,0

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação individual.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 35,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 75,00
Exames simples[1]	R$ 5,00
Exames complexos[2]	R$ 40,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 5,00
Demais procedimentos	R$ 5,00
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 500,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[2] *Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.*

[3] *Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.*

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo VII

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP*

**Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado): 3,8*

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

473.999/15-0

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
3,8	1,0	3,6	1,0	1,0

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação individual.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 35,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 75,00
Exames simples[1]	R$ 5,00
Exames complexos[2]	R$ 40,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 5,00
Demais procedimentos	R$ 5,00
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 500,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo VIII

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP*

**Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado): 5,6*

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

473.999/15-0

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
5,6	3,0	5,3	1,0	3,0

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação individual.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 35,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 75,00
Exames simples[1]	R$ 5,00
Exames complexos[2]	R$ 40,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 5,00
Demais procedimentos	R$ 5,00
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 500,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Especial 100 Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anexo IX

Plano Executivo Adesão
Trad.15 A AHO QP COP*

**Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado): 7,2*

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

473.997/15-3

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
7,2	3,0	4,0	4,0	3,0

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação individual.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 35,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 75,00
Exames simples[1]	R$ 5,00
Exames complexos[2]	R$ 40,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 5,00
Demais procedimentos	R$ 5,00
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 500,00

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais estão disponíveis para este seguro-saúde.

Para saber mais informações sobre coberturas de saúde adicionais, consulte o capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

A SulAmérica disponibiliza os serviços de Assistência 24 Horas, conforme já mencionado no capítulo 16 (“Serviço adicional: Assistência 24 Horas”) deste Manual, para beneficiários residentes e domiciliados no Brasil no caso de doenças ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio e que impeçam sua locomoção.

O beneficiário deste seguro-saúde terá, no exterior, direito aos mesmos serviços de Assistência 24 Horas prestados no Brasil, exceto para o serviço referido na letra I (“Motorista substituto no Brasil”), item 16.2. (“Serviços prestados no Brasil”), no capítulo 16 (“Serviço adicional: Assistência 24 Horas”) deste Manual.

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

Além dos recursos referidos, ficam acrescidos para atendimento no exterior os serviços descritos a seguir:

5.1. Retorno do exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos

Em caso de falecimento ou hospitalização do beneficiário, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do beneficiário, menores de 14 (quatorze) anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

5.2. Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no exterior

Se o beneficiário precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares superiores a US$ 100,00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US$ 10.000,00 (dez mil dólares norte-americanos).

O beneficiário deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que lhe for concedido em até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

5.3. Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal

Se o beneficiário, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US$ 10.000,00 (dez mil dólares norte-americanos), desde que as despesas ultrapassem US$ 100,00 (cem dólares norte-americanos).

O beneficiário deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que lhe for concedido em até 30 (trinta) dias após o seu

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

5.4. Orientação em caso de perda de documentos

Se o beneficiário titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

Anexo X

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP*

**Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado): 9,0*

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

473.997/15-3

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
9,0	3,0	8,0	4,0	3,0

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação individual.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 35,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 75,00
Exames simples[1]	R$ 5,00
Exames complexos[2]	R$ 40,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 5,00
Demais procedimentos	R$ 5,00
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 500,00

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais estão disponíveis para este seguro-saúde.

Para saber mais informações sobre coberturas de saúde adicionais, consulte o capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

A SulAmérica disponibiliza os serviços de Assistência 24 Horas, conforme já mencionado no capítulo 16 (“Serviço adicional: Assistência 24 Horas”) deste Manual, para beneficiários residentes e domiciliados no Brasil no caso de doenças ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio e que impeçam sua locomoção.

O beneficiário deste seguro-saúde terá, no exterior, direito aos mesmos serviços de Assistência 24 Horas prestados no Brasil, exceto para o serviço referido na letra I (“Motorista substituto no Brasil”), item 16.2. (“Serviços prestados no Brasil”), no capítulo 16 (“Serviço adicional: Assistência 24 Horas”) deste Manual.

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

Além dos recursos referidos, ficam acrescidos para atendimento no exterior os serviços descritos a seguir:

5.1. Retorno do exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos

Em caso de falecimento ou hospitalização do beneficiário, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do beneficiário, menores de 14 (quatorze) anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

5.2. Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no exterior

Se o beneficiário precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares superiores a US$ 100,00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US$ 10.000,00 (dez mil dólares norte-americanos).

O beneficiário deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que lhe for concedido em até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

5.3. Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal

Se o beneficiário, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US$ 10.000,00 (dez mil dólares norte-americanos), desde que as despesas ultrapassem US$ 100,00 (cem dólares norte-americanos).

O beneficiário deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que lhe for concedido em até 30 (trinta) dias após o seu

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

5.4. Orientação em caso de perda de documentos

Se o beneficiário titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

Anexo XI

Plano Executivo Adesão
Trad.15 A AHO QP COP*

**Múltiplo de reembolso de consultas médicas (paciente não internado): 12,0*

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.1.2. Código do plano

473.997/15-3

1.2. Abrangência geográfica

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

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

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
12,0	4,0	9,5	4,0	4,0

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

2.2. Reembolso no exterior

2.2.1. O beneficiário titular terá direito ao reembolso de despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada deste seguro-saúde, na acomodação individual.

2.2.2. O reembolso de despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas eletivas, atendimento em prontos-socorros, exames, terapias e internações. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que constam na tabela a seguir:

Procedimentos	**Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP**
Consultas eletivas	R$ 35,00
Atendimento em pronto-socorro	R$ 75,00
Exames simples[1]	R$ 5,00
Exames complexos[2]	R$ 40,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R$ 5,00
Demais procedimentos	R$ 5,00
Internações, exceto psiquiátricas[3]	R$ 500,00

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

[1] Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

[2] Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

[3] Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais estão disponíveis para este seguro-saúde.

Para saber mais informações sobre coberturas de saúde adicionais, consulte o capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) deste Manual.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, estão disponíveis para este seguro-saúde.

A SulAmérica disponibiliza os serviços de Assistência 24 Horas, conforme já mencionado no capítulo 16 (“Serviço adicional: Assistência 24 Horas”) deste Manual, para beneficiários residentes e domiciliados no Brasil no caso de doenças ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio e que impeçam sua locomoção.

O beneficiário deste seguro-saúde terá, no exterior, direito aos mesmos serviços de Assistência 24 Horas prestados no Brasil, exceto para o serviço referido na letra I (“Motorista substituto no Brasil”), item 16.2. (“Serviços prestados no Brasil”), no capítulo 16 (“Serviço adicional: Assistência 24 Horas”) deste Manual.

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

Além dos recursos referidos, ficam acrescidos para atendimento no exterior os serviços descritos a seguir:

5.1. Retorno do exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos

Em caso de falecimento ou hospitalização do beneficiário, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do beneficiário, menores de 14 (quatorze) anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

5.2. Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no exterior

Se o beneficiário precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares superiores a US$ 100,00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US$ 10.000,00 (dez mil dólares norte-americanos).

O beneficiário deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que lhe for concedido em até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

5.3. Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal

Se o beneficiário, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US$ 10.000,00 (dez mil dólares norte-americanos), desde que as despesas ultrapassem US$ 100,00 (cem dólares norte-americanos).

O beneficiário deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que lhe for concedido em até 30 (trinta) dias após o seu

Plano Executivo Adesão Trad.15 A AHO QP COP

regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

5.4. Orientação em caso de perda de documentos

Se o beneficiário titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

Anexo XII

Plano Referência
Adesão Trad. 10 REF QC

Plano Referência Adesão Trad. 10 REF QC

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 17 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

Referência Adesão Trad.10 REF QC

1.1.2. Código do plano

466.057/11-9

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.° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

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

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

Plano Referência Adesão Trad. 10 REF QC

1.4. Segmentação assistencial

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

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

1.5. Acomodação em internação

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

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

1.6. Cobertura para emergências e urgências

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

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

A. Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

B. Emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

Plano Referência Adesão Trad. 10 REF QC

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

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

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

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

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela SulAmérica ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente a este plano:

Beneficiário não internado		**Beneficiário internado**		
Consultas médicas	Diagnose, terapia e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT)
1,1	0,6	0,6	0,6	0,6

Plano Referência
Adesão Trad. 10 REF QC

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. Coparticipação

Esse seguro-saúde não possui coparticipação.

04. COBERTURAS DE SAÚDE ADICIONAIS

As coberturas de saúde adicionais dispostas no capítulo 5 (“Coberturas de saúde adicionais”) deste Manual não estão disponíveis para este seguro-saúde.

05. SERVIÇOS ADICIONAIS

Os serviços adicionais “Remissão de pagamento do benefício”, “Assistência 24 Horas” e “Aconselhamento Médico Telefônico”, dispostos nos capítulos 15, 16 e 17 deste Manual, respectivamente, não estão disponíveis para este seguro-saúde.

Anotações

Anotações

Anotações

Use bem, use sempre

Para usar da maneira mais adequada o seguro-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 seguro-saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e coberto por esta apólice coletiva. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o seguro-saúde de forma adequada, sem desperdícios.

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Dê preferência à rede médica referenciada pela SulAmérica.
- 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 referenciada pela SulAmérica 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 seguro-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 SulAmérica ou a Qualicorp.

SulAmérica Saúde

Qualicorp

Central de Atendimento 24h SulAmérica

4004-5900
Capitais e regiões metropolitanas

0800-970-0500
Demais regiões

0800-702-2242
Para portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala (exclusivamente para aparelhos adaptados com o dispositivo TDD)

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400
Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000
Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002
Todo o Brasil

SulAmérica:
ANS nº 006246

Qualicorp Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

3.11.10.01.10179

C. dez/2016-00003 | I. dez/2016