

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

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

OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Unimed Santos, referência em saúde suplementar na Baixada Santista. Atuando desde 1967, ela está integrada ao Sistema Nacional Unimed, que reúne centenas de cooperativas na maior rede de assistência médica do Brasil e no maior sistema de saúde da América Latina.



ANS nº 355721

ENTIDADE

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

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Unimed Santos, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.



ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde **COLETIVO POR ADESÃO**

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

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

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

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

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

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

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

Seja bem-vindo(a)!

Qualicorp Administradora de Benefícios



Sumário

CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios _____ pág. 07
02. A contratação coletiva do plano de saúde _____ pág. 10
03. Formas de utilização do plano de saúde _____ pág. 14
04. Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 21
05. Exclusões de cobertura _____ pág. 33
06. Validação prévia de procedimentos _____ pág. 36
07. Carências _____ pág. 37
08. Cobertura parcial temporária _____ pág. 40
09. Alterações cadastrais _____ pág. 43
10. Pagamento _____ pág. 50
11. Reajustes _____ pág. 54
12. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão
ao plano de saúde _____ pág. 56
13. Serviço adicional: PEA – Plano de Extensão Assistencial _____ pág. 61

Sumário

ANEXOS

Anexo I: Plano COLETIVO POR ADESÃO

ACOMODAÇÃO COLETIVA _____ pág. 65

Anexo II: Plano COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO

ACOMODAÇÃO COLETIVA _____ pág. 69

Anexo III: Plano COLETIVO POR ADESÃO

ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL _____ pág. 75

Anexo IV: Plano COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO-

ACOMODAÇÃO APARTAMENTO _____ pág. 79

Anexo V: Plano COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA” _____

pág. 85

Anotações _____ pág. 90

Use bem, use sempre _____ contracapa

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

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

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

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

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

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

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

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

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

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

CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

Central de Serviços

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

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

Demais regiões: **0800-16-2000**

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

SAC

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

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

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: **(11) 3016-8836**

Outras localidades:

4002-8877 (capitais e regiões metropolitanas)

(11) 4002-8877 (demais regiões)

A Qualicorp Administradora de Benefícios

CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL*

São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1º andar

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

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

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

OUVIDORIA

ouvidoria@qualicorp.com.br

CORREIO

Caixa Postal 65155

São Paulo – SP – CEP 01318-970

INTERNET

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

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

www.qualicorp.com.br/faleconosco)

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

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE, COLETIVO POR ADESÃO, CELEBRADO COM A UNIMED SANTOS FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI N.º 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI N.º 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI N.º 10.741/03) E COM BASE NA LEI N.º 9.656/98 E NAS NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), QUE REGULAMENTAM OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

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

Operadora	Unimed de Santos Cooperativa de Trabalho Médico (ANS n.º 355721)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

A contratação coletiva do plano de saúde

Atenção

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

Para todos os planos deste contrato coletivo, os serviços serão prestados pela Unimed Santos, através de seus médicos cooperados, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou contratados.

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

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

- Cônjuge ou companheiro(a);*
- Filho(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos;*
- Filho(a) inválido(a) de qualquer idade;*
- Enteadado(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos;*

A contratação coletiva do plano de saúde

- 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 DO CONTRATO COLETIVO

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

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Santos vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes, seja pela Unimed Santos ou pela Qualicorp.

2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Santos poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Unimed Santos ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 5 (cinco) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA	461.352/10-0
COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA	461.353/10-8
COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL	461.354/10-6
COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO-ACOMODAÇÃO APARTAMENTO	461.351/10-1
COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA”	461.328/10-7

Atenção

Os planos também se diferenciam pela lista de prestadores cooperados e credenciados da Unimed Santos, que acompanha este Manual, bem como pela sua segmentação assistencial, seu padrão de acomodação em caso de internação e coparticipação financeira. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

Formas de utilização do plano de saúde

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

3.1. ATENDIMENTO NA REDE COOPERADA E CREDENCIADA DA UNIMED SANTOS

Disponível para todos os planos

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

Para utilizar corretamente o plano de saúde, tenha sempre em mãos o *Guia Médico* da Unimed Santos e o seu cartão de identificação personalizado.

Cartão de identificação

A Unimed Santos disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado, que facilita o acesso aos serviços. O cartão é exclusivo, pessoal e intransferível.

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

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



Imagem meramente ilustrativa.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

Guia Médico

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

3.1.1. COMO REALIZAR CONSULTAS

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

3.1.2. COMO REALIZAR EXAMES

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



Imagem meramente ilustrativa.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

Atenção

Salienta-se que a realização de exames está condicionada à validação prévia da Unimed Santos, excetuando-se apenas alguns casos de exames simples.

Para conhecer as regras gerais de validação prévia de exames, consulte o item 6.1. (“Serviços auxiliares de diagnose e terapia”) deste Manual.

3.1.3. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

1. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado assistente entregará a você o Pedido de Internação devidamente preenchido;
 2. Entregue o Pedido de Internação diretamente à Unimed Santos, para obter a Guia de Internação;
 3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da Guia de Internação e também de seu cartão de identificação válido Unimed Santos e de sua cédula de identidade (RG).
-

Atenção

Salienta-se que todas as internações e/ou cirurgias dependem de validação prévia por parte da Unimed Santos. Para conhecer as regras gerais de validação prévia, consulte o capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.1.4. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Para auxílio, consulte o *Guia Médico* da Unimed Santos ou entre em contato com a Unimed Santos, pelo telefone **0800-703-8989**.

1. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido Unimed Santos e de sua cédula de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

No caso de internação de urgência ou emergência, o hospital deverá encaminhar o Pedido de Internação, devidamente preenchido pelo médico, para a Central de Atendimento da Unimed Santos.

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

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

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

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

Atenção

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

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3.2.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Disponível para todos os planos

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

Nesses casos, o beneficiário deverá entrar em contato com a Unimed Santos, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento. O telefone da Unimed Santos é **0800-703-8989** (24 horas).

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

Atenção

São considerados como atendimentos de urgência ou emergência aqueles que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, bem como as complicações no processo gestacional. A urgência ou emergência deve, obrigatoriamente, ser devidamente caracterizada na declaração do médico cooperado assistente do beneficiário. O atendimento de urgência ou emergência nas demais cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed se dará desde que o beneficiário esteja em trânsito.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

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

Disponível para todos os planos

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

Veja como proceder:

1. Mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed;
2. Caso efetivamente a localidade não possua um prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed, dirija-se a um prestador local para que o atendimento seja realizado;
3. Pague pelos serviços e solicite um relatório médico que justifique o atendimento, bem como os recibos e/ou notas fiscais quitadas, no original, com a discriminação de cada um dos procedimentos realizados;
4. Para saber mais sobre o reembolso, exclusivamente nos casos de urgência e emergência, consulte o item 4.1.4. (“Emergências e urgências”) deste Manual.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

Atenção

Em todos os planos deste contrato coletivo, exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não existam prestadores médicos cooperados da Operadora, prestadores credenciados pela Operadora e/ou prestadores médicos do Sistema Nacional Unimed, dentro da área de abrangência do plano contratado, o beneficiário poderá utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas médicas, assim considerados aqueles que impliquem risco imediato de vida, de lesões irreparáveis ou de complicações no processo gestacional, e como tal declarados pelo médico assistente do beneficiário.

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

Coberturas e procedimentos garantidos

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

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviço de saúde.
- Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológista, caso haja indicação clínica.
- Cobertura das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
- Cobertura de todos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, quando elas constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), e a segmentação contratada.
- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidente de trabalho.
- Cobertura dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais, que terão cobertura igualmente assegurada para sua remoção e/ou retirada.

Atenção

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

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

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

Coberturas e procedimentos garantidos

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Esta cobertura compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos vigente, observada a seguinte abrangência:
 - I – consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
 - II – serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, mas desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;
 - III – cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa 262 e suas atualizações;
 - IV – os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - b) quimioterapia ambulatorial;
 - c) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução 262 e suas atualizações para a segmentação ambulatorial;
 - d) hemoterapia ambulatorial;
 - e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
 - V – cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos da Resolução Normativa 262 e suas atualizações;

Coberturas e procedimentos garantidos

VI – cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos da RN 262 e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VII – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da RN 262 e suas atualizações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VIII – cobertura das ações de planejamento familiar, listadas nos Anexos da RN 262 e suas atualizações, para segmentação ambulatorial.

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Durante as internações clínica, psiquiátrica, cirúrgica e obstétrica, a Unimed Santos garante aos beneficiários, nos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares, conforme indicado na RN 262 que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:
 - I – assistência médica por médicos cooperados;
 - II – diárias hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente;
 - III – Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
 - IV – cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
 - V – exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos pelo contrato;
 - VI – medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;
 - VII – órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, vigente à época do evento. Caberá ao médico requisitante

Coberturas e procedimentos garantidos

determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução do procedimento, devendo justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, sendo que, no caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora;

VIII – taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;

IX – serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

X – utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

XI – unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico cooperado assistente;

XII – alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitadas aos recursos do estabelecimento;

XIII – cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

b) idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas portadoras de deficiências.

XIV – despesas com remoção inter-hospitalar do beneficiário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Estão incluídos na cobertura os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada no âmbito de internação:
 - I – hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - II – quimioterapia;
 - III – procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - IV – hemoterapia;
 - V – nutrição parenteral ou enteral;
 - VI – procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - VII – embolizações listadas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento e seus anexos;
 - VIII – exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - IX – remoções em urgências ou emergências;
 - X – procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento e seus anexos;
 - XI – radiologia intervencionista.
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irão avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar

Coberturas e procedimentos garantidos

para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

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, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano “Referência”.

- A cirurgia plástica reparadora terá cobertura quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos após a inscrição ou inclusão do beneficiário respectivo e que estejam causando problemas funcionais.
- Os transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos, incluindo:

I – despesas assistenciais com doadores vivos;

II – medicamentos nacionais utilizados durante a internação;

III – acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

Atenção

Os transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, provenientes de doador-cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Estarão cobertos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10.º Revisão - CID-10*, incluindo:
 - a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
 - b) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

Atenção

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

4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

- Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
 - I – cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
 - II – cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doenças e lesões preexistentes (DLP) ou aplicação de Cobertura parcial temporária (CPT) ou Agravo.

Atenção

Estarão cobertas as despesas assistenciais do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido, no plano de assistência à saúde.

Coberturas e procedimentos garantidos

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

- atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com a legislação em vigor.
- Dentro da cobertura ambulatorial, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar e essa esteja em cumprimento de carências, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira deverá ser negociada diretamente entre o beneficiário e/ou seu responsável e a rede prestadora.
- Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou a necessidade de internação.
- A remoção do paciente será garantida pela Operadora nas seguintes hipóteses:

I – para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II – para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

- Atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:

a) o atendimento de emergência, quando efetuado no decorrer dos períodos de carência, deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

Coberturas e procedimentos garantidos

b) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte e quatro) horas.

- Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência.
- Haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP).
- Será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

4.1.4.1. Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência

A Unimed Santos assegurará o reembolso no limite das obrigações contratuais e em valor não inferior ao praticado junto a rede de prestadores, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Unimed Santos.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, de acordo com os valores da tabela de referência da Unimed Santos vigente na data do evento e disponível para consulta em sua sede, contados da apresentação dos documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial.

Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo Índice Geral de Preços do Mercado da

Coberturas e procedimentos garantidos

Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

4.1.4.2. Documentos necessários para reembolso de despesas

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

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- c) conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRMs, discriminando funções e evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

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

As coberturas referidas no item 4.1.4. (“Emergências e urgências”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o Plano Coletivo por Adesão “Referência”. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo Anexo.

05. Exclusões de cobertura

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

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

- 5.1. consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- 5.2. tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- 5.3. atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, desde que declarados por autoridade pública competente;
- 5.4. vacinas; medicamentos importados, não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.5. tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas consequências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;
- 5.6. enfermagem em caráter particular;
- 5.7. cirurgias plásticas, tratamento com finalidade estética, cosmética, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em vigor à época da realização do evento;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.8. medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em prontos-socorros ou medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- 5.9. *check-up*, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.10. aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;
- 5.11. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.12. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 5.13. despesas não vinculadas diretamente à cobertura do contrato;
- 5.14. implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas no contrato;
- 5.15. tratamentos em *spa*, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos;
- 5.16. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- 5.17. acidentes de trabalho e suas consequências, bem como doenças profissionais, exceto primeiros socorros;
- 5.18. exames admissionais, demissionais e periódicos, que se enquadram em outro produto, denominado Saúde Ocupacional;
- 5.19. atendimentos odontológicos;
- 5.20. despesas de acompanhantes, exceto as de alimentação (servida exclusivamente pelo hospital) e acomodação de 1 (um) acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade e pessoas portadoras de deficiências;

05. Exclusões de cobertura

- 5.21. produtos de toalete e higiene pessoal;
- 5.22. serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- 5.23. despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou por entidades por ele não credenciadas; e para hospitais de tabela própria;
- 5.24. serviços realizados em desacordo com o disposto no contrato.

Validação prévia de procedimentos

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

6.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Não estarão sujeitos à validação prévia as consultas médicas e os exames laboratoriais de patologia clínica considerados simples e de rotina.

Todos os exames, terapias e procedimentos médicos especiais necessitarão de validação prévia da Unimed Santos.

6.2. INTERNAÇÕES

Internações eletivas deverão ser solicitadas previamente. Nos casos de internações de urgência ou emergência, a autorização deverá ser solicitada até, no máximo, 2 (dois) dias úteis contados da data da hospitalização.

Atenção

Em caso de dúvida quanto à necessidade de validação prévia para exames, tratamentos ou procedimentos, entre em contato com a Unimed Santos.

6.3. REMOÇÕES

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

Como solicitar validação prévia

Entre em contato com a Unimed Santos, através dos telefones abaixo da Central de Atendimento da Unimed Santos:

Central de Atendimento 24 Horas Unimed Santos: **0800-703-8989**.

Canal exclusivo para portadores de necessidades auditivas e de fala: **0800-773-8102**.

07.

Carências

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

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

7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela a seguir só não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos de redução ou isenção de carências. A propósito desses casos, ver a seguir, neste mesmo capítulo, os itens 7.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 7.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”).

Item	Coberturas	Prazos
A	Para urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas
B	Consulta, Exames Básicos: Hemograma Completo, Glicemia, Potássio, Rx de Tórax, Rx Simples de Abdome, Colposcopia.	30 (trinta) dias
C	Exames Simples: Curva Glicêmica, Antibiógrama, T3 Livre, Mamografia, Teste Ergométrico Convencional, Endoscopia Digestiva.	60 (sessenta) dias
D	Exames Especiais: Mapa (24 horas), Holter, Audiometria, Eletroencefalograma Especial, Eletroneuromiografia Fibra Única.	90 (noventa) dias

07. Carências

Item	Coberturas	Prazos
E	Exames Alta Complexidade: Procedimentos Cirúrgicos, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cateterismo, Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia, Cirurgia Refrativa, Órtese e Prótese, Cintilografia e demais exames e procedimentos não citados anteriormente.	180 (cento e oitenta) dias
F	Internações Clínicas e Cirúrgicas.	180 (cento e oitenta) dias
G	Partos a termo.	300 (trezentos) dias

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

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

Os filhos adotados menores de 12 (doze) anos, desde que sejam incluídos no plano de saúde nos primeiros 30 (trinta) dias a partir da data de adoção, terão aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

A inscrição do cônjuge ou companheiro deverá ocorrer dentro de 30 (trinta) dias após o casamento ou início de convívio em comum, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular.

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

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa

07. Carências

possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Unimed Santos 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 Unimed Santos, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido “Aditivo de Redução de Carências”, que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual.

7.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

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

- A. Beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), no contrato coletivo de plano de saúde celebrado entre a Qualicorp e a Unimed Santos.
- B. Beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, acima, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade no referido contrato coletivo.

08. Cobertura parcial temporária

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

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

Cobertura parcial temporária

tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às 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 aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.

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

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

08.

Cobertura parcial temporária

- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

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

09.

Alterações cadastrais

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

9.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

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

9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- C. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
- D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- E. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

09.

Alterações cadastrais

9.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

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

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

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

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

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

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

- A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- C. cópia do RG (se houver);
- D. cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;

09. Alterações cadastrais

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

9.6. INCLUSÃO DE FILHO(A) ADOTIVO(A) ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS:

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

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

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

09. Alterações cadastrais

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

** Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com idade até 24 (vinte e quatro) anos, podendo ser solicitada documentação complementar.*

9.8. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS:

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

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

09.

Alterações cadastrais

Atenção

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

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

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

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

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

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

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

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

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

09.

Alterações cadastrais

9.12. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

A. Solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência de plano poderá ser solicitada para qualquer um dos planos do contrato, seja plano com coparticipação e/ou plano sem coparticipação, tanto quanto para um plano de categoria superior (acomodação individual), quanto para um plano de categoria inferior (acomodação coletiva) e desde que a transferência seja realizada após 12 (doze) meses de contrato.

A transferência poderá ser solicitada, em janeiro, mediante prévia autorização da operadora e respeitando-se o calendário de movimentação cadastral estabelecido entre a Unimed Santos e a Qualicorp, cujo exemplo consta no quadro a seguir neste mesmo item.

Nos casos de transferência para um plano de categoria superior, desde que aceitos pela operadora independentemente dos prazos de carência anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados os prazos de carência de 180 (cento e oitenta) dias para acomodação nas internações clínicas e cirúrgicas e de 300 (trezentos) dias para parto a termo.

A transferência somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará a transferência de todos os seus beneficiários dependentes inscritos no benefício anteriormente contratado. Os beneficiários transferidos serão inscritos em outro benefício, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com número de registro próprio e distinto do benefício de origem.

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

Prazo para alterações cadastrais

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

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

09.

Alterações cadastrais

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

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

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

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

Como efetuar alterações cadastrais

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

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

10. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO É FIXADO SEGUNDO OS VALORES ESPECÍFICOS DAS FAIXAS ETÁRIAS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, E INCLUI O VALOR REFERENTE À MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA UNIMED SANTOS E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

10.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do benefício será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, a saber:

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

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

Início da vigência do benefício	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 Unimed Santos.

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

Eventuais valores de coparticipação em despesas serão cobrados, pela Qualicorp, juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao

10. Pagamento

contrato coletivo. A cobrança de tais despesas de coparticipação será efetuada assim que a Qualicorp receber, da Operadora, a definição do valor dessas mesmas despesas.

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio de seus canais de atendimento, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 10.4. (“Atraso e inadimplência”) neste mesmo capítulo.

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 9.11., “Alteração de dados bancários para pagamento do benefício via débito automático”) e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, “Alterações cadastrais”, deste Manual.

10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

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

10. Pagamento

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

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

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

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

10. Pagamento

Atenção

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

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

11.

Reajustes

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

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

Atenção

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

11.1. REAJUSTE FINANCEIRO

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

O reajuste financeiro tomará como base a variação do Índice de Preços ao Consumidor-Saúde (IPC), divulgado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), ou outro índice que venha a substituí-lo.

11.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

11. Reajustes

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

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

Atenção

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

11.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Atenção

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

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

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

12.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, desde que faça uma solicitação, por escrito, que seja recebida pela Qualicorp. A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se os prazos e as condições constantes do capítulo 9 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

12.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

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

Atenção

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), o(s) beneficiário(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. A partir do momento em que não houver mais vínculo com a Entidade e o beneficiário titular for desligado do contrato coletivo, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s), exceção feita ao caso do PEA (ver o item 13.1., “PEA – Plano de Extensão Assistencial”).

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

12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

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

12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

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

Atenção

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

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 plano contratado 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

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

no Contrato de Adesão (a “Proposta”), assim que a Qualicorp receber a definição do valor dessas mesmas despesas.

12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

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

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

12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

A Unimed Santos, 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

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

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 declaradas na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Unimed Santos, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- Inobservância das obrigações contratuais.

Atenção

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

13.

Serviço adicional

PEA – Plano de Extensão
Assistencial

PEA – Plano de Extensão Assistencial

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS NA LEI 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL* CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

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

13.1. PEA – PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL

Este serviço adicional está disponível para todos os planos de saúde deste contrato coletivo.

Em caso de falecimento do beneficiário titular que, na data do óbito, participava há mais de 6 (seis) meses do plano de assistência à saúde, os beneficiários dependentes terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, na área de sua abrangência, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

- Considera-se beneficiário dependente, para o fim de obter o direito a este benefício, aquele que tenha sido incluído no plano há mais de 6 (seis) meses na data do óbito do beneficiário titular.
- O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil.
- O direito do benefício PEA cessará imediatamente com a perda pelo dependente da condição de dependência, ainda que não tenha completado o prazo de 5 (cinco) anos.
- O beneficiário dependente que não for inscrito junto com o beneficiário titular ou incluído em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito ocorrer após 12 (doze) meses contados da data de sua inclusão.
- Este benefício fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, da certidão de óbito do beneficiário titular e de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.
- Os cartões de identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

13.

PEA – Plano de Extensão Assistencial

Para solicitar este serviço adicional:

Para requerer a condição deste Plano de Extensão Assistencial, é necessário encaminhar à Qualicorp solicitação por escrito, que deverá ser recebida acompanhada de todos os documentos indicados, conforme as condições e os prazos expostos neste capítulo.

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

Anexo I

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODADAÇÃO COLETIVA

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

COLETIVO POR ADESÃO ACOMODADAÇÃO COLETIVA

1.1.2. Código do plano

461.352/10-0

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os Municípios de: Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Pedro de Toledo e Itariri.

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

Faixa etária	COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	5,13%
De 24 a 28 anos	13,62%
De 29 a 33 anos	6,01%
De 34 a 38 anos	15,35%
De 39 a 43 anos	17,53%
De 44 a 48 anos	49,49%
De 49 a 53 anos	22,73%
De 54 a 58 anos	23,73%
59 anos ou mais	51,49%

Anexo II

Plano COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

Plano COLETIVO POR ADESÃO- CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

1.1.2. Código do plano

461.353/10-8

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os Municípios de: Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Pedro de Toledo e Itariri.

Plano COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Plano COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

Faixa etária	COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	5,42%
De 24 a 28 anos	14,34%
De 29 a 33 anos	6,29%
De 34 a 38 anos	16,04%
De 39 a 43 anos	18,19%
De 44 a 48 anos	51,12%
De 49 a 53 anos	23,22%
De 54 a 58 anos	24,14%
59 anos ou mais	47,63%

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

Para este benefício haverá o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) exames, consultas e/ou internações, conforme quadro abaixo:

Procedimento	Coparticipação*
Consulta	R\$ 11,60 por consulta
Exames de R\$ 5,00 a R\$ 150,99	30% por exame, limitado a R\$ 11,60
Exames de R\$ 151,00 a R\$ 250,99	30% por exame, limitado a R\$ 23,22
Exames a partir de R\$ 251,00	30% por exame, limitado a R\$ 46,44
Internação	R\$ 116,08 por internação

Plano COLETIVO POR ADESÃO- CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA

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

Os valores de coparticipação são reajustados anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.

Anexo III

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

1.1.2. Código do plano

461.354/10-6

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os Municípios de: Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Pedro de Toledo e Itariri.

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Plano COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

Faixa etária	COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	5,33%
De 24 a 28 anos	14,16%
De 29 a 33 anos	6,21%
De 34 a 38 anos	15,83%
De 39 a 43 anos	18,00%
De 44 a 48 anos	50,64%
De 49 a 53 anos	23,09%
De 54 a 58 anos	24,02%
59 anos ou mais	49,37%

Anexo IV

Plano COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO- ACOMODAÇÃO APARTAMENTO

Plano COLETIVO POR ADESÃO- CO-PARTICIPAÇÃO-ACOMODAÇÃO APARTAMENTO

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO-ACOMODAÇÃO APARTAMENTO

1.1.2. Código do plano

461.351/10-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os Municípios de: Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Pedro de Toledo e Itariri.

Plano COLETIVO POR ADESÃO- CO-PARTICIPAÇÃO-ACOMODAÇÃO APARTAMENTO

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Plano COLETIVO POR ADESÃO- CO-PARTICIPAÇÃO-ACOMODAÇÃO APARTAMENTO

Faixa etária	COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO- ACOMODAÇÃO APARTAMENTO
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	5,40%
De 24 a 28 anos	14,24%
De 29 a 33 anos	6,25%
De 34 a 38 anos	15,97%
De 39 a 43 anos	18,12%
De 44 a 48 anos	50,91%
De 49 a 53 anos	23,16%
De 54 a 58 anos	24,09%
59 anos ou mais	48,21%

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

Para este benefício haverá o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) exames, consultas e/ou internações, conforme quadro abaixo:

Procedimento	Coparticipação*
Consulta	R\$ 11,60 por consulta
Exames de R\$ 5,00 a R\$ 150,99	30% por exame, limitado a R\$ 11,60
Exames de R\$ 151,00 a R\$ 250,99	30% por exame, limitado a R\$ 23,22
Exames a partir de R\$ 251,00	30% por exame, limitado a R\$ 46,44
Internação	R\$ 116,08 por internação

Plano COLETIVO POR ADESÃO- CO-PARTICIPAÇÃO-ACOMODAÇÃO APARTAMENTO

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

Os valores de coparticipação são reajustados anualmente, nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.

Anexo V
Plano COLETIVO POR ADESÃO
“REFERÊNCIA”

Plano COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA”

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 13 DESTES MANUAIS, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PLANOS DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA”

1.1.2. Código do plano

461.328/10-7

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.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é Grupo de Municípios.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os Municípios de: Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Pedro de Toledo e Itariri.

Plano COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA”

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 COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA” 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.

Plano COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA”

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

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

Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (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. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Plano COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA”

Faixa etária	COLETIVO POR ADESÃO “REFERÊNCIA”
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	5,36%
De 24 a 28 anos	14,20%
De 29 a 33 anos	6,23%
De 34 a 38 anos	15,86%
De 39 a 43 anos	18,06%
De 44 a 48 anos	50,74%
De 49 a 53 anos	23,12%
De 54 a 58 anos	24,06%
59 anos ou mais	49,00%

Use bem, use sempre

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

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

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

Central de Atendimento 24h
Unimed Santos

0800-703-8989

0800-773-8102

Para portadores de necessidades
especiais auditivas ou de fala

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Santos:

ANS nº 355721

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.60.44.00001

C. jan/2017-00005 | 1. jan/2017