

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 ADESAO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADESAO** 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 Central Nacional Unimed, que atende os beneficiários sem perder o foco em cada ser humano. Seu objetivo é elevar a satisfação dos clientes Unimed e cuidar da saúde do cliente como operadora nacional, representando, fortalecendo, apoiando e integrando o Sistema Unimed.

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 ADESAO** com a Central Nacional Unimed, 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.



Central Nacional Unimed:
ANS nº 339679



Qualicorp
Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde COLETIVO POR ADESÃO

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

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

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

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

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

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



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



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

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e estar vinculado a alguma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial que 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 do plano obedecem às resoluções e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este Manual foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições estabelecidas no seu Contrato de Adesão e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção e eventual cancelamento do seu 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



3.11.65.11.00002

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. 35
06.	Validação prévia de procedimentos (VPP) _____	pág. 38
07.	Carências _____	pág. 40
08.	Cobertura parcial temporária (CPT) _____	pág. 44
09.	Alterações cadastrais _____	pág. 47
10.	Reembolso _____	pág. 55
11.	Pagamento _____	pág. 58
12.	Reajustes _____	pág. 61
13.	Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde _____	pág. 63

Anexos

Anexo I:	Plano Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF)	pág. 67
Anexo II:	Plano Estilo Nacional ADS III - E (EF)	pág. 73
Anexo III:	Plano Estilo Nacional ADS III - A (EF)	pág. 79
Anexo IV:	Plano Absoluto Nacional ADS III - A (EF)	pág. 85
Anexo V:	Plano Superior Nacional ADS III - A (EF)	pág. 91
Anexo VI:	Plano Clássico Regional Brasília ADS - E (EF)	pág. 97
Anexo VII:	Plano Estilo Nacional ADS II - E (EF)	pág. 101
Anexo VIII:	Plano Estilo Nacional ADS II - A (EF)	pág. 105
Anexo IX:	Plano Absoluto Nacional ADS II - A (EF)	pág. 109
Anexo X:	Plano Superior Nacional ADS II - A (EF)	pág. 113
Anexo XI:	Plano Exclusivo Nacional ADS II - A (EF)	pág. 117
Anexo XII:	Plano Uniplan Múltiplo Adesão - Enfermaria	pág. 121
Anotações		pág. 126
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 Central Nacional Unimed.

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA CENTRAL NACIONAL UNIMED, 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 ADEÇÃO, 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 Central Nacional Unimed 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;
- 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:

CANAIS DE CONTATO COM A QUALICORP:

Centrais de Atendimento por telefone

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.

Central de Atendimento para Deficientes Auditivos

0800-014-4800 (Deficientes auditivos)

Expediente: 24 horas, todos os dias.

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 Pessoal*

São Paulo

Rua Dr. Plínio Barreto, 365 – 1.º andar

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

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

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

Ouvidoria

www.qualicorp.com.br/ouvidoria

Redes Sociais

www.facebook.com/Qualicorp

Segunda a sexta: 8h às 17h

WhatsApp

(11) 4004-4400

Canal do cliente

www.qualicorp.com.br/canalcliente

24h por dia, 7 dias por semana.

APP

Baixe nosso aplicativo e tenha acesso a Boletos, Demonstrativo de IR, carteirinha e atendimento de um jeito prático.



Baixe nosso aplicativo

Boletos, Demonstrativo de IR, carteirinha e atendimento de um jeito prático.



02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE, COLETIVO POR ADESÃO, CELEBRADO COM A CENTRAL NACIONAL UNIMED 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 Central Nacional Unimed e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Central Nacional Unimed - Cooperativa Central (ANS n.º 339679)
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.

ATENÇÃO

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

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de 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;
- convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- filho(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- enteado(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade;
- menor sob a guarda ou tutela judicial*.

**Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.*

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 Central Nacional Unimed 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 Central Nacional Unimed 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 Central Nacional Unimed poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Central Nacional Unimed ou pela Qualicorp. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 12 (doze) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF)	482.821/19-6
Estilo Nacional ADS III - E (EF)	482.823/19-2
Estilo Nacional ADS III - A (EF)	482.825/19-9
Absoluto Nacional ADS III - A (EF)	482.835/19-6
Superior Nacional ADS III - A (EF)	482.827/19-5
Clássico Regional Brasília ADS - E (EF)	483.277/19-9
Estilo Nacional ADS II - E (EF)	483.270/19-1
Estilo Nacional ADS ADS II - A (EF)	483.273/19-6
Absoluto Nacional ADS II - A (EF)	483.268/19-0
Superior Nacional ADS II - A (EF)	483.272/19-8
Exclusivo Nacional ADS II - A (EF)	482.829/19-1
Uniplan Múltiplo Adesão - Enfermaria	433.128/00-1

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores cooperados e credenciados pela Central Nacional Unimed, bem como pela sua segmentação assistencial, sua acomodação em caso de internação, seu mecanismo de regulação e seus múltiplos de reembolso. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

INDEPENDENTEMENTE DO PLANO CONTRATADO, A REDE DE MÉDICOS COOPERADOS DA UNIMED, BEM COMO A REDE DOS PRESTADORES CREDENCIADOS E AS COOPERATIVAS QUE INTEGRAM O SISTEMA NACIONAL UNIMED, OFERECERÃO ATENDIMENTO EM NÍVEL NACIONAL, TANTO PARA PROCEDIMENTOS DE ROTINA (CONSULTAS E EXAMES, INTERNAÇÕES E DEMAIS TRATAMENTOS) QUANTO PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DE CADA PLANO.

3.1. ATENDIMENTO NA REDE COOPERADA E CREDENCIADA DA CENTRAL NACIONAL UNIMED

A Central Nacional Unimed 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.

Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp (os valores estão detalhados nos anexos deste Manual).

3.1.1. MECANISMO DE REGULAÇÃO

Para alguns planos deste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos. Para saber os valores que serão cobrados para cada procedimento, consulte, neste Manual, o “Anexo” referente à sua categoria de plano.



CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

A Central Nacional Unimed disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive o prazo de validade e indicação do prazo de Cobertura parcial temporária (CPT), quando houver. Para realizar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade, legalmente reconhecido, devem ser apresentados

03.

Formas de utilização do plano de saúde

aos prestadores credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.

Caso haja necessidade de segunda via do Cartão Individual de Identificação este deverá ser solicitado pelo Portal da CNU.



GUIA MÉDICO

A lista de prestadores próprios, cooperados e credenciados é de responsabilidade da Central Nacional Unimed e, por estar sujeita a alterações, é atualizada, quando necessário, pela própria Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O *Guia Médico* contendo estes prestadores está disponível no site <https://www.centralnacionalunimed.com.br>, no portal de clientes.

Caso tenha alguma dúvida, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed, pelo telefone **0800-942-0011**.

3.1.1. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte o *Guia Médico* da Central Nacional Unimed 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 da Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade, legalmente reconhecido.

Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed: **0800-942-0011**.

Deficiente auditivo ligue: **0800-940-0343**.

3.1.2. COMO REALIZAR EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

1. Consulte o *Guia Médico* da Central Nacional Unimed e escolha o laboratório ou

prestador credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano;

2. Tendo em mãos a solicitação do médico assistente, preenchida em formulário próprio, verifique a necessidade de validação prévia da Central Nacional Unimed para a realização do procedimento, informando o local onde será feito o exame;
3. No dia marcado, dirija-se ao local do atendimento, munido da validação prévia para os exames e/ou procedimentos auxiliares de diagnose, além de seu cartão de identificação válido da Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade, legalmente reconhecido.

ATENÇÃO

Para conhecer as regras gerais de validação prévia de procedimentos, consulte o capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) 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 a solicitação de internação, transcrita em formulário próprio;
2. Entregue a solicitação diretamente na cooperativa local da Unimed, para obter a senha de internação. Quando a senha for liberada, você receberá a guia de internação da Unimed;
3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da guia de internação e também de seu cartão de identificação válido da Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade, legalmente reconhecido.

ATENÇÃO

Todas as internações e/ou cirurgias dependem da validação prévia por parte da Operadora. Para conhecer as regras gerais de validação prévia de procedimentos, consulte o capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual.

Caso necessite de apoio, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed, pelo telefone **0800-942-0011**.

03.

Formas de utilização do plano de saúde

Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala podem entrar em contato com a Central Nacional Unimed através do telefone **0800-940-0343**.

3.1.4. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

1. Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Em caso de dúvida, consulte o seu *Guia Médico* da Unimed ou entre em contato com a Central de Atendimento da cooperativa local da Unimed, cujo número também consta no *Guia Médico*;
2. Caso necessite de apoio, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed, pelo telefone **0800-942-0011**. Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala podem entrar em contato com a Central Nacional Unimed através do telefone **0800-940-0343**;
3. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido da Central Nacional Unimed e de seu documento de identidade, legalmente reconhecido. Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

No caso de internação de urgência ou emergência, a validação deverá ser solicitada pelo próprio Hospital de atendimento ou pela Unimed local em até, no máximo, 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data da internação.

3.2. ATENDIMENTO NA REDE PRÓPRIA, CREDENCIADA E COOPERADA DA CENTRAL NACIONAL UNIMED

A Central Nacional Unimed coloca à disposição do beneficiário uma rede própria, cooperada e credenciada de prestadores de serviços médicos, sendo que nesses estabelecimentos o atendimento não demanda nenhum tipo de pagamento, por parte do beneficiário, ao prestador escolhido.

Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp, conforme consta, neste Manual, nos “Anexos” referentes a cada categoria de plano.

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

3.2.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nas situações de urgência ou emergência ocorridas fora da área de abrangência da Central Nacional Unimed, 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 Central Nacional Unimed, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento. O telefone da Central Nacional Unimed é **0800-942-0011**.

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

3.2.2. ATENDIMENTO ELETIVO

Estão cobertos os atendimentos eletivos (isto é, programados e agendados com antecedência) na rede médica própria, cooperada ou credenciada das demais cooperativas que integram o Sistema Nacional Unimed, observados os limites e as condições contratuais de cada plano.

Salienta-se que todas as internações e/ou cirurgias dependem da validação prévia e da liberação de uma senha por parte da Central Nacional Unimed. Para a realização de exames, também é necessária a validação prévia da Central Nacional Unimed. Para conhecer as regras gerais de validação prévia, consulte o capítulo 6 (“Validação prévia de procedimentos”) deste Manual.

Os beneficiários que estejam fora da área de abrangência da Central Nacional Unimed e que desejem realizar, por meio da rede própria, cooperada ou credenciada de uma das demais cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed, algum procedimento que exija validação prévia, poderão solicitar a validação através da Unimed da cidade ou região

em que estiverem. Nesse caso, o beneficiário deve respeitar as regras operacionais da cooperativa local da Unimed que lhe prestar o atendimento.

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

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

Veja como proceder:

1. mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed;
2. caso efetivamente a localidade não possua um prestador pertencente ao Sistema Nacional Unimed, dirija-se a um prestador local para que o atendimento seja realizado;
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 4.1.4.2. ("Reembolso em casos de urgência e emergência"), no capítulo 4 ("Coberturas e procedimentos garantidos") deste Manual.

ATENÇÃO

Caso necessite de apoio, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed, pelo telefone **0800-942-0011**. Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala através do telefone **0800-940-0343**.

3.4. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, MEDIANTE REEMBOLSO

Além da rede de prestadores referenciados, alguns planos deste Manual, oferecem o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário utiliza os serviços de profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada para o plano (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

Veja como proceder:

- após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- pague o prestador médico-hospitalar e solicite os recibos de todos os procedimentos realizados, discriminadamente;
- reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários (veja a relação de documentos no capítulo 10, “Reembolso”, deste Manual);
- os canais disponíveis para solicitação de reembolso estão relacionados no capítulo 10, “Reembolso”, deste Manual;

AT E N Ç Ã O

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual.

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 DO PLANO CONTRATADO 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.

Haverá cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, não podendo ser exigida a realização do serviço em determinado prestador que esteja indisponível, sendo facultado à Central Nacional Unimed o direcionamento do atendimento ao serviço que atenda a necessidade do beneficiário, desde que coberto pelo contrato.

- Cobertura assistencial para os eventos e procedimentos relacionados 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 anestesista, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura para os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.

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

ATENÇÃO

Os procedimentos realizados por *laser*, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou

outro sistema de navegação, escopias* e técnicas minimamente invasivas 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.*

- Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e respeitados os critérios de credenciamento ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritonial, será assegurada a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitada a segmentação do plano contratado, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).
- A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN n.º 259, de 2011.
- O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.
- Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação do plano contratado.

- Está garantido, por meio da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conectar, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, observado o Protocolo de Utilização (PROUT) definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.
- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização.
- Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.
- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.
- Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

- Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).
- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.
- Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - a. medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - b. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares e que estejam descritos no Rol

de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

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

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalares, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, realizadas em estabelecimentos próprios ou credenciados pela Central Nacional Unimed.
- Cobertura de diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Cobertura das despesas referentes a honorários médicos pertencentes à rede de prestadores do plano, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação fornecida pelo hospital.
- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem

do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação do plano contratado;

- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento:

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

II. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora de plano privado de assistência à saúde, 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;

III. em 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; e

IV. o profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados por parte da Operadora para composição da junta médica.

Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país, como órteses ou próteses, deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

- Cobertura de toda e qualquer taxa incluindo os materiais cobertos utilizados.

- Cobertura das despesas, incluindo alimentação (fornecida exclusivamente pelo Hospital) e acomodação (observado o padrão de acomodação do plano contratado), relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do 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 com deficiência.
- A cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, observadas as condições contratadas.

ATENÇÃO

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

- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, definido para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar do beneficiário.

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:

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

II. 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 dos planos constantes neste Manual.

- A cirurgia plástica reparadora, não caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica, terá cobertura quando:
 - I. efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros que estejam causando problemas funcionais em virtude de eventos ocorridos na vigência deste contrato, para o respectivo beneficiário, ou que não seja caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica;
 - II. reconstrutiva de mama que tenha sido mutilada em decorrência da utilização de técnica de tratamento de câncer.
- Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
 - c. procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - d. hemoterapia;

- e. nutrição parenteral ou enteral;
- f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- g. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- h. radiologia intervencionista;
- i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura para transplantes de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, e dos procedimentos a eles vinculados (todos aqueles necessários à realização do transplante), incluindo:
 - a. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da Operadora do beneficiário receptor;
 - b. os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 (vinte e quatro) horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 (vinte e quatro) horas e 48 (quarenta e oito) horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 (quarenta e oito) horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
 - d. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

ATENÇÃO

O beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador-cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

(CNCDOs), sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente, caso contrário, estará excluída a cobertura.

- Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

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

4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

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

- procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.
- cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

4.1.4. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A partir do início de vigência do beneficiário e respeitadas as carências estabelecidas neste Manual, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela ANS de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.

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

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

Depois de cumpridas as carências, previstas no capítulo 7 (“Carências”) deste Manual, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos no capítulo 7 (“Carências”) deste Manual, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

Nos casos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, descritos no capítulo 7 (“Carências”) deste Manual, a beneficiária terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

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

A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e PAC relacionados à DLP, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

ATENÇÃO

As coberturas referidas no item 4.1.4. (“Urgências e Emergências”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o Plano Uniplan Múltiplo Adesão - Enfermaria. Para saber

mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

4.1.4.1. Remoção

Após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, é garantida a cobertura de remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de abrangência do plano, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, e que desses serviços necessite:

- I. para unidade de atendimento da rede do plano, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente para os procedimentos cobertos; ou
- II. pela necessidade de internação para os usuários em cumprimento de período de carência ou Cobertura parcial temporária (CPT), caberá à contratada o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, observadas as seguintes disposições:
 - a. só cessará a responsabilidade da contratada sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
 - b. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a contratada estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção; e
 - c. quando não for possível a remoção por risco de vida, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a contratada, desse ônus.

4.1.4.2. Reembolso em casos de urgência e emergência

No caso de urgência ou emergência comprovada, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, solicitando posteriormente, após pagar pelo

atendimento, o reembolso de despesas, de acordo com as condições e limites contratuais, respeitando a área geográfica de abrangência e atuação do plano contratado.

O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, disponível no site **www.centralnacionalunimed.com.br**, na sede da Operadora e não será inferior aos valores que a Central Nacional Unimed pratica com a rede de prestadores para o plano contratado.

Para solicitar o reembolso, entre em contato diretamente com a Central Nacional Unimed, no prazo de até 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento de urgência e emergência, sob pena de prescrição desse direito, tal como determina a Lei Civil Brasileira.

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

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

Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

ATENÇÃO

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 e lesões preexistentes (DLP) informadas na Declaração de Saúde, deverá ser observado o capítulo 8 (“Cobertura parcial temporária”) deste Manual.

05. Exclusões de cobertura

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

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

- 5.1. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências, ou prestados em desacordo com o estabelecido neste Manual;
- 5.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
 - a. empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b. são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou
 - c. cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (uso *off-label*);
- 5.3. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos definido pela ANS, e observadas as respectivas diretrizes de utilização;
- 5.4. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); ou ainda aqueles cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- 5.5. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.6. Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- 5.7. Cobertura de despesas de alimentação e acomodação para acompanhantes, excetuado os casos expressamente previstos neste Manual;
- 5.8. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura prevista neste Manual;
- 5.9. Cirurgias para mudança de sexo;
- 5.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.11. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pela contratada, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma e termos previstos neste Manual;
- 5.12. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.13. Inseminação artificial, assim entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 5.14. Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;
- 5.15. Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 5.16. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.17. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 5.18. Aplicação de vacinas;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.19. Exames para piscina ou ginástica, necropsias e medicina ortomolecular;
- 5.20. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 5.21. Remoção domiciliar;
- 5.22. Implantes e transplantes, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e as Diretrizes de Utilização editados pela ANS;
- 5.23. Tratamentos em *spa*, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e estabelecimentos para acolhimento de idosos e as internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.24. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.

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

Para a realização de quaisquer serviços, o beneficiário deverá obter orientações e a respectiva autorização prévia na Central de Atendimento da Operadora, exceto para consultas e nos casos de urgência e emergência.

6.1. PROCEDIMENTOS

Exceto para consultas, todos os demais procedimentos cobertos pelo contrato coletivo necessitam de validação prévia por parte da Central Nacional Unimed para sua realização.

6.2. REMOÇÕES

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

6.3. INTERNAÇÕES

- As internações eletivas clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas, necessitam de validação prévia da Central Nacional Unimed e para a sua obtenção o beneficiário apresentará à Central Nacional Unimed o pedido médico com as devidas razões da internação, com indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

Caso não seja necessária a realização de perícia, a Central Nacional Unimed emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, e poderá ser prorrogado mediante justificativa médica a ser apresentada à Central Nacional Unimed.

- Na internação caracterizada como urgência ou emergência, sem autorização prévia, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a respectiva autorização da internação

e procedimentos, sob pena de a Operadora não se responsabilizar por quaisquer despesas.

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

Entre em contato com a Central de Autorizações pelo telefone **0800-942-0011**, para obter a validação prévia para prestadores localizados na cidade de São Paulo. Para utilizar prestadores fora da Capital Paulista, procure a Unimed local e apresente seu cartão de beneficiário, a guia de solicitação ou o pedido médico.

Caso necessite de apoio, entre em contato com a Central de Atendimento 24 Horas da Central Nacional Unimed, pelo telefone **0800-942-0011**.

Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala podem entrar em contato com a Central Nacional Unimed, através do telefone **0800-940-0343**.

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 Central Nacional Unimed 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").

Procedimentos	Carência contratual
Urgências e Emergências	24 (vinte e quatro) horas
Consultas	30 (trinta) dias
Exames simples - aqueles não considerados como complexos	30 (trinta) dias
Exames complexos - exames classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) ou com Diretriz de Utilização (DUT)	180 (cento e oitenta) dias
Procedimentos Terapêuticos Especiais	180 (cento e oitenta) dias
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 (cento e oitenta) dias
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 (cento e oitenta) dias
Internações Psiquiátricas	180 (cento e oitenta) dias
Internações Obstétricas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carência deste plano de saúde

07.

Carências

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.

- É assegurada a inclusão do filho recém-nascido, natural ou adotivo do beneficiário, inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:
 - a. a inscrição pode ser exercida quando o usuário for o pai ou a mãe;
 - b. a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
 - c. o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.
- O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda.
- Ao recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias nas formas dispostas anteriormente, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:
 - a. caso o usuário pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
 - b. caso o usuário pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo usuário.
- Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:
 - a. do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
 - b. da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal

07.

Carências

beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia.

- Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, poderá ocorrer arguição de Doença ou lesão preexistente (DLP), bem como a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT).
- É assegurada a inscrição do menor de 12 (doze) anos de idade adotado pelo beneficiário ou sob guarda ou tutela deste, e inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.
- O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
- Não é possível a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independentemente do tipo de segmentação contratada.
- Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de Doença ou lesão preexistente (DLP), bem como a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT).
- O cônjuge ou companheiro(a) do beneficiário titular, poderá ser incluído no plano, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, quando contrair matrimônio, ou houver o implemento da condição de união estável, durante a vigência do contrato, e desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento. Iguais requisitos serão observados para as inscrições de enteados do beneficiário titular. Independentemente da data de inscrição haverá o cumprimento de Cobertura parcial temporária (CPT) na hipótese de Doença ou lesão preexistente (DLP) declarada.

Essas inclusões, se ocorridas após o prazo de 30 (trinta) dias, cumprirão integralmente os períodos de carência previstos neste capítulo, bem como a Cobertura parcial temporária (CPT) na hipótese de Doença ou lesão preexistente (DLP) declarada.

07. Carências

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Central Nacional Unimed 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 Central Nacional Unimed, 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 Central Nacional Unimed.
- 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.

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE MANUAL 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 e/ou cooperados, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação 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 Procedimentos de alta complexidade

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

(PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente às 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 assistencial do plano contratado, 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.

- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de DLP se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano de saúde.

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, O BENEFICIÁRIO TITULAR DEVE OBSERVAR AS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS NESTE CAPÍTULO.

9.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Casamento;
- c. cópia do RG e do CPF do cônjuge;
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/ PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

9.2. INCLUSÃO DE CONVIVENTE:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. Escritura Pública de Convivência Marital ou Declaração de União Estável* lavrada em cartório, 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.

** A Declaração de União Estável deve ser acompanhada de no mínimo 01 (um) dos seguintes documentos: (i) Certidão de nascimento de filho havido em comum; (ii) Anotação constante de ficha*

ou livro de registro de empregados; (iii) Comprovação de domicílio comum; (iv) Comprovação de conta bancária conjunta; (v) Escritura de compra e venda de imóvel por ambos os companheiros; ou (vi) Declaração de IR (Imposto de Renda).

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 benefício 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 34 (TRINTA E QUATRO) ANOS, 11 (ONZE) MESES E 29 (VINTE E NOVE) DIAS:

- 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) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

09. Alterações cadastrais

9.5. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) ATÉ 34 (TRINTA E QUATRO) ANOS, 11 (ONZE) MESES E 29 (VINTE E NOVE) DIAS:

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

No caso de enteados(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

9.6. 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 do Cartão Nacional de Saúde;

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

f. cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;

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

No caso de filhos(as) a partir de 8 (oito) 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 do Cartão Nacional de Saúde;

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

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

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

No caso de menores a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

ATENÇÃO

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

9.8. CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S)*:

** A exclusão do(s) beneficiário(s) se dará de acordo com os normativos da legislação em vigor.*

09. Alterações cadastrais

- 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 assistência à saúde.

9.8.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR PODERÁ SOLICITAR O CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DIRETAMENTE À ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, PELOS SEGUINTE CANAIS DE ATENDIMENTO:

- pessoalmente; ou
- pela Central de Serviços; ou
- pelo *site*.

ATENÇÃO

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

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

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

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

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

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do

correntista (necessariamente o beneficiário titular) e os números completos do banco, da agência e da conta-corrente (com dígito, se houver), além do CPF, endereço completo e telefone do correntista.

9.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A mudança de produtos (*Up Grade* e o *Down Grade*) poderá ser realizada a qualquer tempo, desde que respeitadas as regras descritas neste capítulo.

Salienta-se que a solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular.

Por exemplo: beneficiários com início de vigência no dia 1 (um) deverão fazer a solicitação de transferência até o dia 1 (um) do mês anterior ao mês de início de vigência, e assim por diante.

TRANSFERÊNCIA PARA PLANO DE PADRÃO SUPERIOR

Na transferência de plano de categoria inferior para superior (*Up Grade*), o beneficiário deverá cumprir as carências abaixo relacionadas relativas, se houver, aos novos serviços, nova acomodação ou novos prestadores:

a) **300 dias:** para os partos a termo;

b) **180 dias:** para internações em geral.

TRANSFERÊNCIA PARA PLANO DE PADRÃO INFERIOR

Na transferência de plano de categoria superior para inferior (*Down Grade*), o beneficiário somente poderá fazer nova transferência após o intervalo de 12 (doze) meses.

ATENÇÃO:

A transferência de plano “sem coparticipação” para plano “com coparticipação”, poderá ser realizada a qualquer tempo e a transferência de plano “com coparticipação” para plano “sem coparticipação”, somente poderá ser realizada após 12 meses de vigência.

09. Alterações cadastrais

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

Ressalta-se que o plano e o padrão de acomodação em internação do(s) beneficiário(s) dependente(s) 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:

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 o pagamento do benefício.*

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, recém-casados e companheiros, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do casamento ou do início do convívio, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 9.11. ("Transferência de plano") deste capítulo.

COMO EFETUAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS

A alteração cadastral deve ser solicitada por escrito à Qualicorp, exclusivamente 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. Reembolso

É O RESSARCIMENTO, PELA CENTRAL NACIONAL UNIMED, DE QUAISQUER DESPESAS ABRANGIDAS PELO CONTRATO, COM MÉDICOS, PROCEDIMENTOS E DESPESAS HOSPITALARES, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES E LIMITES DO PLANO CONTRATADO, SEMPRE QUE O BENEFICIÁRIO OPTAR POR PROFISSIONAIS OU INSTITUIÇÕES QUE NÃO FAÇAM PARTE DA REDE CONTRATADA (MÉDICOS COOPERADOS, SERVIÇOS PRÓPRIOS E CREDENCIADOS).

10.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Para cálculo do reembolso ora instituído, deverá ser multiplicado o múltiplo de reembolso correspondente ao plano em que o beneficiário estava inscrito na data do evento, tomando como base o valor de reembolso descrito na Tabela de Referência vigente à data do evento, utilizada pela Operadora.

A lista de eventos, cobertos pela faculdade de livre escolha, bem como o valor pecuniário ou unidade de referência do reembolso, a qual a tabela acima será aplicada, faz parte integrante da “025-2V - Tabela Reembolso -Procedimentos” registrada no 9º cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo – SP, sob o nº 1.361.399.

A tabela de reembolso mencionada acima será reajustada a cada 12 (doze) meses, sempre no mês de abril, pelo indexador IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou outro índice que vier a substituí-lo.

10.2 DA LIVRE ESCOLHA

Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo beneficiário diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede credenciada ou de cooperados do Sistema Unimed.

O valor de reembolso em decorrência da livre escolha pelo beneficiário não será inferior ao praticado na rede credenciada similar.

O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário aos procedimentos cobertos pelo plano.

O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

10.

Reembolso

A Operadora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

10.3. DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

A realização dos reembolsos de livre escolha, será efetuada de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, que não será inferior aos valores que a Operadora remunera a rede de prestadores do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral ao montante despendido pelo Beneficiário:

- a. solicitação de reembolso em formulário próprio;
- b. relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, diagnóstico, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c. conta hospitalar discriminando 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, discriminando funções e o 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.

PRAZO PARA REEMBOLSO

A Operadora dispõe de um prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data em que efetivamente receber do beneficiário os documentos solicitados neste Manual, para efetuar o reembolso das despesas incorridas, no limite do plano contratado.

Ultrapassado o prazo acima descrito, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

10. Reembolso

ATENÇÃO

A lista de eventos sujeitos à livre escolha poderá ser revista sempre que necessário, quando houver atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

COMO SOLICITAR REEMBOLSO

Reúna os documentos originais necessários para o reembolso do procedimento realizado, listados no item 10.3. (“Documentos originais necessários para reembolso”) deste capítulo, e entregue-os numa das opções a seguir.

COM A CENTRAL NACIONAL UNIMED

A Central Nacional Unimed oferece os canais abaixo para que o Beneficiário possa solicitar reembolso de procedimentos cobertos. São eles:

- Aplicativo “Meu Plano”; e
- Portal do Beneficiário na aba Reembolso, preenchendo os campos e anexando os arquivos solicitados para cada procedimento.

COM A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

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

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

PRÉVIA DE REEMBOLSO

Para conhecer os valores de reembolso a que você tem direito na utilização de um determinado serviço coberto pelo plano de saúde, entre em contato com a Central de Atendimento da Operadora (por telefone, Whatsapp, e-mail **previa.reembolso@centralnacionalunimed.com.br** ou via Aplicativo “Meu Plano”, fornecendo o pedido médico ou o nome técnico do procedimento a ser realizado e a data.

11. 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 BENEFÍCIO NA CENTRAL NACIONAL UNIMED E A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA QUALICORP.

11.1. 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 regras e prazos para o pagamento do benefício.*

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

Eventuais valores de coparticipação em despesas serão cobrados, pela Qualicorp,

11. Pagamento

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

11.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação.

11.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

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

11.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do benefício e eventuais valores de coparticipação, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do benefício e eventuais valores de coparticipação.

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

11. Pagamento

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 de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

ATENÇÃO

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

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

12. 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 Central Nacional Unimed para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Central Nacional Unimed.

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 12.3., “Reajuste por mudança de faixa etária”, e nos “Anexos” referentes a cada categoria de plano, deste Manual.

12.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Reajuste baseado na Variação dos Custos Médicos Hospitalares (VCMH), da Central Nacional Unimed, acumulado nos últimos 12 (doze) meses, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

12.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

Os valores do benefício serão avaliados 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.

12.

Reajustes

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”).

12.3. 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 no contrato coletivo.

13.

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 DESTE PLANO DE SAÚDE.

13.1. 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, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se as regras constantes no item 9.8. ("Cancelamento do benefício ou exclusão de beneficiário(s)") deste Manual.

13.2. 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).

13.

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

13.3. 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) no 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 11.4. (“Atraso e inadimplência”), observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

13.4. 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 de cancelamento do benefício por inadimplência, 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, neste caso, 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.

13.5. 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.

13.

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

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela Central Nacional Unimed, 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”).

13.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

Havendo o cancelamento do benefício, o(s) beneficiário(s) excluído(s) somente poderá(ão) 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 carências parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

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

A Central Nacional Unimed, 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):

- inexistência, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.
- declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- fraude ou dolo.
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Central Nacional Unimed, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- inobservância das obrigações contratuais.

13.

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

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 Central Nacional Unimed.

Anexo I
Plano Clássico Regional
Brasília ADS I - E (EF)

Plano Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF)

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF)

1.1.2. Código do plano

482.821/19-6

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 Municipal.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o município de Brasília.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

Plano Clássico Regional

Brasília ADS I - E (EF)

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

Coparticipação ¹		
Grupo*	Valor do Procedimento	Valores em R\$ ³
Consulta Eletiva	-	R\$ 37,96
Consulta em Pronto Atendimento	-	R\$ 59,66
Exames e terapias Grupo 01 ²	De R\$ 0,01 a R\$ 2,50	R\$ 0,00
Exames e terapias Grupo 02 ²	De R\$ 2,51 a R\$ 7,50	R\$ 2,71
Exames e terapias Grupo 03 ²	De R\$ 7,51 a R\$ 10,00	R\$ 5,42
Exames e terapias Grupo 04 ²	De R\$ 10,01 a R\$ 30,00	R\$ 10,85
Exames e terapias Grupo 05 ²	De R\$ 30,01 a R\$ 60,00	R\$ 27,12
Exames e terapias Grupo 06 ²	Acima de R\$ 60,01	R\$ 59,66

¹ Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.

² Os procedimentos integrantes a cada grupo estarão disponíveis no site da Operadora www.centralnacionalunimed.com.br/web/cnu/beneficiario, na área logada.

³ A coparticipação está limitada a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo.

*Não haverá cobrança de coparticipação para procedimentos de quimioterapia e radioterapia.

Haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

Plano Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF)

04. REEMBOLSO

Este plano possui reembolso apenas para os casos de urgência e emergência, conforme disposto no item 4.1.4.2. (“Reembolso em casos de urgência e emergência”), no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual.

Anexo II
Plano Estilo Nacional
ADS III - E (EF)

Plano Estilo Nacional

ADS III - E (EF)

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Estilo Nacional ADS III - E (EF)

1.1.2. Código do plano

482.823/19-2

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Estilo Nacional

ADS III - E (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Estilo Nacional ADS III - E (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

Plano Estilo Nacional

ADS III - E (EF)

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos. Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

Coparticipação ¹		
Grupo*	Valor do Procedimento	Valores em R\$ ³
Consulta Eletiva	-	R\$ 37,96
Consulta em Pronto Atendimento	-	R\$ 59,66
Exames e terapias Grupo 01 ²	De R\$ 0,01 a R\$ 2,50	R\$ 0,00
Exames e terapias Grupo 02 ²	De R\$ 2,51 a R\$ 7,50	R\$ 2,71
Exames e terapias Grupo 03 ²	De R\$ 7,51 a R\$ 10,00	R\$ 5,42
Exames e terapias Grupo 04 ²	De R\$ 10,01 a R\$ 30,00	R\$ 10,85
Exames e terapias Grupo 05 ²	De R\$ 30,01 a R\$ 60,00	R\$ 27,12
Exames e terapias Grupo 06 ²	Acima de R\$ 60,01	R\$ 59,66

¹ Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.

² Os procedimentos integrantes a cada grupo estarão disponíveis no site da Operadora www.centralnacionalunimed.com.br/web/cnu/beneficiario, na área logada.

³ A coparticipação está limitada a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo.

*Não haverá cobrança de coparticipação para procedimentos de quimioterapia e radioterapia.

Haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

Plano Estilo Nacional

ADS III - E (EF)

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Estilo Nacional ADS III - E (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
1x	1x	1x

Anexo III
Plano Estilo Nacional
ADS III - A (EF)

Plano Estilo Nacional

ADS III - A (EF)

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Estilo Nacional ADS III - A (EF)

1.1.2. Código do plano

482.825/19-9

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Estilo Nacional

ADS III - A (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Estilo Nacional ADS III - A (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	40,00%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos.

Plano Estilo Nacional

ADS III - A (EF)

Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

Coparticipação ¹		
Grupo*	Valor do Procedimento	Valores em R\$ ³
Consulta Eletiva	-	R\$ 37,96
Consulta em Pronto Atendimento	-	R\$ 59,66
Exames e terapias Grupo 01 ²	De R\$ 0,01 a R\$ 2,50	R\$ 0,00
Exames e terapias Grupo 02 ²	De R\$ 2,51 a R\$ 7,50	R\$ 2,71
Exames e terapias Grupo 03 ²	De R\$ 7,51 a R\$ 10,00	R\$ 5,42
Exames e terapias Grupo 04 ²	De R\$ 10,01 a R\$ 30,00	R\$ 10,85
Exames e terapias Grupo 05 ²	De R\$ 30,01 a R\$ 60,00	R\$ 27,12
Exames e terapias Grupo 06 ²	Acima de R\$ 60,01	R\$ 59,66

¹ Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.

² Os procedimentos integrantes a cada grupo estarão disponíveis no site da Operadora www.centralnacionalunimed.com.br/web/cnu/beneficiario, na área logada.

³ A coparticipação está limitada a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo.

*Não haverá cobrança de coparticipação para procedimentos de quimioterapia e radioterapia.

Haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário

Plano Estilo Nacional

ADS III - A (EF)

optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Estilo Nacional ADS III - A (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
1x	1x	1x

Anexo IV
Plano Absoluto Nacional
ADS III - A (EF)

Plano Absoluto Nacional ADS III - A (EF)

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Absoluto Nacional ADS III - A (EF)

1.1.2. Código do plano

482.835/19-6

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 Nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Absoluto Nacional

ADS III - A (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Absoluto Nacional ADS III - A (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos.

Plano Absoluto Nacional

ADS III - A (EF)

Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

Coparticipação ¹		
Grupo*	Valor do Procedimento	Valores em R\$ ³
Consulta Eletiva	-	R\$ 37,96
Consulta em Pronto Atendimento	-	R\$ 59,66
Exames e terapias Grupo 01 ²	De R\$ 0,01 a R\$ 2,50	R\$ 0,00
Exames e terapias Grupo 02 ²	De R\$ 2,51 a R\$ 7,50	R\$ 2,71
Exames e terapias Grupo 03 ²	De R\$ 7,51 a R\$ 10,00	R\$ 5,42
Exames e terapias Grupo 04 ²	De R\$ 10,01 a R\$ 30,00	R\$ 10,85
Exames e terapias Grupo 05 ²	De R\$ 30,01 a R\$ 60,00	R\$ 27,12
Exames e terapias Grupo 06 ²	Acima de R\$ 60,01	R\$ 59,66

¹ Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.

² Os procedimentos integrantes a cada grupo estarão disponíveis no site da Operadora www.centralnacionalunimed.com.br/web/cnu/beneficiario, na área logada.

³ A coparticipação está limitada a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo.

*Não haverá cobrança de coparticipação para procedimentos de quimioterapia e radioterapia.

Haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário

Plano Absoluto Nacional

ADS III - A (EF)

optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Absoluto Nacional ADS III - A (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
1x	1x	1x

Anexo V
Plano Superior Nacional
ADS III - A (EF)

Plano Superior Nacional ADS III - A (EF)

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Superior Nacional ADS III - A (EF)

1.1.2. Código do plano

482.827/19-5

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Superior Nacional

ADS III - A (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Superior Nacional ADS III - A (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos.

Plano Superior Nacional

ADS III - A (EF)

Para este plano, os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

Coparticipação ¹		
Grupo*	Valor do Procedimento	Valores em R\$ ³
Consulta Eletiva	-	R\$ 37,96
Consulta em Pronto Atendimento	-	R\$ 59,66
Exames e terapias Grupo 01 ²	De R\$ 0,01 a R\$ 2,50	R\$ 0,00
Exames e terapias Grupo 02 ²	De R\$ 2,51 a R\$ 7,50	R\$ 2,71
Exames e terapias Grupo 03 ²	De R\$ 7,51 a R\$ 10,00	R\$ 5,42
Exames e terapias Grupo 04 ²	De R\$ 10,01 a R\$ 30,00	R\$ 10,85
Exames e terapias Grupo 05 ²	De R\$ 30,01 a R\$ 60,00	R\$ 27,12
Exames e terapias Grupo 06 ²	Acima de R\$ 60,01	R\$ 59,66

¹ Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.

² Os procedimentos integrantes a cada grupo estarão disponíveis no site da Operadora www.centralnacionalunimed.com.br/web/cnu/beneficiario, na área logada.

³ A coparticipação está limitada a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo.

*Não haverá cobrança de coparticipação para procedimentos de quimioterapia e radioterapia.

Haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário

Plano Superior Nacional

ADS III - A (EF)

optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Superior Nacional ADS III - A (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
2x	2x	2x

Anexo VI
Plano Clássico Regional Brasília
ADS - E (EF)

Plano Clássico Regional Brasília

ADS - E (EF)

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Clássico Regional Brasília ADS - E (EF)

1.1.2. Código do plano

483.277/19-9

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o município de Brasília.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Clássico Regional Brasília

ADS - E (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Clássico Regional Brasília ADS - E (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

Plano Clássico Regional Brasília

ADS - E (EF)

04. REEMBOLSO

Este plano possui reembolso apenas para os casos de urgência e emergência, conforme disposto no item 4.1.4.2. (“Reembolso em casos de urgência e emergência”), no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual.

Anexo VII
Plano Estilo Nacional
ADS II - E (EF)

Plano Estilo Nacional

ADS II - E (EF)

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Estilo Nacional ADS II - E (EF)

1.1.2. Código do plano

483.270/19-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Estilo Nacional

ADS II - E (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Estilo Nacional ADS II - E (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,37%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

Plano Estilo Nacional

ADS II - E (EF)

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Estilo Nacional ADS II - E (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
1x	1x	1x

Anexo VIII
Plano Estilo Nacional
ADS II - A (EF)

Plano Estilo Nacional

ADS II - A (EF)

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Estilo Nacional ADS II - A (EF)

1.1.2. Código do plano

483.273/19-6

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 Nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Estilo Nacional

ADS II - A (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Estilo Nacional ADS II - A (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

Plano Estilo Nacional

ADS II - A (EF)

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Estilo Nacional ADS II - A (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
1x	1x	1x

Anexo IX
Plano Absoluto Nacional
ADS II - A (EF)

Plano Absoluto Nacional ADS II - A (EF)

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Absoluto Nacional ADS II - A (EF)

1.1.2. Código do plano

483.268/19-0

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 Nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Absoluto Nacional ADS II - A (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Absoluto Nacional ADS II - A (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

Plano Absoluto Nacional

ADS II - A (EF)

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Absoluto Nacional ADS II - A (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
1x	1x	1x

Anexo X
Plano Superior Nacional
ADS II - A (EF)

Plano Superior Nacional ADS II - A (EF)

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Superior Nacional ADS II - A (EF)

1.1.2. Código do plano

483.272/19-8

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 Nacional.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Superior Nacional

ADS II - A (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Superior Nacional ADS II - A (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

Plano Superior Nacional

ADS II - A (EF)

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Superior Nacional ADS II - A (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
2x	2x	2x

Anexo XI
Plano Exclusivo Nacional
ADS II - A (EF)

Plano Exclusivo Nacional ADS II - A (EF)

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Exclusivo Nacional ADS II - A (EF)

1.1.2. Código do plano

482.829/19-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Exclusivo Nacional ADS II - A (EF)

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Exclusivo Nacional ADS II - A (EF)	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	28,00%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 58 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

Plano Exclusivo Nacional

ADS II - A (EF)

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

04. REEMBOLSO

É o ressarcimento, pela Central Nacional Unimed, de quaisquer despesas abrangidas pelo contrato, com médicos, procedimentos e despesas hospitalares, respeitadas as condições e limites do plano contratado, sempre que o beneficiário optar por profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados).

4.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Exclusivo Nacional ADS II - A (EF):

Múltiplos de Reembolso		
Consultas	SADT	Honorários Médicos
4x	4x	4x

Anexo XII

Plano Uniplan Múltiplo Adesão

– Enfermaria

Plano Uniplan Múltiplo Adesão

– Enfermaria

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

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Uniplan Múltiplo Adesão – Enfermaria

1.1.2. Código do plano

433.128/00-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é Referência.

Plano Uniplan Múltiplo Adesão

– Enfermaria

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 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial de que trata o plano Uniplan Múltiplo Adesão - Enfermaria 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:

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

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

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

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

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

Plano Uniplan Múltiplo Adesão

– Enfermaria

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

Uniplan Múltiplo Adesão – Enfermaria	
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	35,07%
De 24 a 28 anos	23,27%
De 29 a 33 anos	7,47%
De 34 a 38 anos	12,58%
De 39 a 43 anos	7,80%
De 44 a 48 anos	22,38%
De 49 a 53 anos	7,04%
De 54 a 58 anos	25,63%
59 anos ou mais	67,87%

Plano Uniplan Múltiplo Adesão – Enfermaria

03. MECANISMO DE REGULAÇÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

04. REEMBOLSO

Este plano possui reembolso apenas para os casos de urgência e emergência, conforme disposto no item 4.1.4.2. (“Reembolso em casos de urgência e emergência”), no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual.

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anotações

[illegible]

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 Central Nacional Unimed 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 Central Nacional Unimed ou a Qualicorp.

Central de Atendimento 24h
Central Nacional Unimed

0800-942-0011

0800-940-0343

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

Central de Serviços
Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Central Nacional Unimed:

ANS nº 339679

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.65.11.00002

C. jul/2020-00001 | I. jul/2020