

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 ADEÇÃO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADEÇÃO** 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 Promed, uma das mais renomadas operadoras de planos de saúde de Minas Gerais. Conta com uma rede de profissionais, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados em todo o estado e atende mais de 150 mil beneficiários.

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 ADEÇÃO** com a Promed, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.

Entenda o seu plano de saúde COLETIVO POR ADESÃO

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

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

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

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

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

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



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



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 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



3.11.74.42.00001

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. 13
04.	Coberturas e procedimentos garantidos _____	pág. 18
05.	Exclusões de cobertura _____	pág. 34
06.	Validação prévia de procedimentos _____	pág. 38
07.	Carências _____	pág. 39
08.	Cobertura parcial temporária _____	pág. 43
09.	Alterações cadastrais _____	pág. 46
10.	Pagamento _____	pág. 53
11.	Reajustes _____	pág. 56
12.	Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao plano de saúde _____	pág. 59

Anexos

Anexo I:	Plano Promed Select Adesão Enfermaria _____	pág. 63
Anexo II:	Plano Promed Select Adesão Apartamento _____	pág. 67
Anexo III:	Plano Promed Comfort Adesão Enfermaria _____	pág. 71
Anexo IV:	Plano Promed Comfort Adesão Apartamento _____	pág. 75
Anexo V:	Plano Promed Select UP Adesão Enfermaria _____	pág. 79
Anexo VI:	Plano Promed Select UP Adesão Apartamento _____	pág. 83
Anexo VII:	Plano Promed Comfort Enfermaria UP Adesão _____	pág. 87
Anexo VIII:	Plano Promed Comfort UP Adesão Apartamento _____	pág. 91
Anexo IX:	Plano Promed Comfort UP Adesão Enfermaria _____	pág. 95
Anotações _____		pág. 99
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 Promed.

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

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

Neste caso, a Promed 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 PROMED 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 Promed e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Promed Assistência Médica Ltda. (ANS n.º 348805)
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 ou convivente;
- filho(a) solteiro(a) com idade inferior ou igual a 35 (trinta e cinco) anos;
- filho(a) comprovadamente inválido(a) de qualquer idade;
- enteado(a) solteiro(a) com idade inferior ou igual a 35 (trinta e cinco) anos;
- menor solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.*

**Superadas as condições de adesão (por exemplo: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que seja solteiro(a) e com idade inferior ou igual a 35 (trinta e cinco) anos.*

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 Promed 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 Promed ou pela Qualicorp.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

O contrato coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a Qualicorp e a Promed poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Promed 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 9 (nove) 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
PROMED SELECT ADESÃO ENFERMARIA	477.384/16-5
PROMED SELECT ADESÃO APARTAMENTO	477.386/16-1
PROMED COMFORT ADESÃO ENFERMARIA	477.388/16-8
PROMED COMFORT ADESÃO APARTAMENTO	477.389/16-6
PROMED SELECT UP ADESÃO ENFERMARIA	477.383/16-7
PROMED SELECT UP ADESÃO APARTAMENTO	477.385/16-3
PROMED COMFORT ENFERMARIA UP ADESÃO	482.295/19-1
PROMED COMFORT UP ADESÃO APARTAMENTO	477.387/16-0
PROMED COMFORT UP ADESÃO ENFERMARIA	477.152/16-4

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores credenciados pela Promed, pela acomodação em caso de internação, pela segmentação assistencial, pela abrangência geográfica, bem como, pelos mecanismos de regulação. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

A REDE DE PRESTADORES PRÓPRIOS OU CREDENCIADOS DA PROMED OFERECERÁ ATENDIMENTO, CONFORME DESCRITO NESTE MANUAL, TANTO PARA PROCEDIMENTOS DE ROTINA (CONSULTAS E EXAMES, INTERNAÇÕES E DEMAIS TRATAMENTOS) QUANTO PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO.

3.1. ATENDIMENTO NA REDE MÉDICA PRÓPRIA E CREDENCIADA

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

Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp conforme previsto no item 3.3. (“Mecanismo de Regulação - Coparticipação”). Para verificar a tabela com os valores que serão cobrados por cada procedimento realizado, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo” referente à categoria do plano contratado.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Promed disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, o cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores próprios ou credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível.

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

A renovação do cartão é automática e ocorrerá a cada 1 (um) ano.

REDE DE PRESTADORES PRÓPRIOS OU CREDENCIADOS

A lista de prestadores próprios ou credenciados disponibilizada pela Promed, consiste

no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais colocados à disposição dos beneficiários, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para consultar prestadores, acesse o site **www.promedmg.com.br** ou entre em contato com a Central de Atendimento Promed, por meio do telefone **0800 600 7730** para solicitar o referenciamento de rede.

Para agendamentos você pode acessar a área do beneficiário no portal da Promed em **www.promedmg.com.br** ou realizar contato com a Central de Agendamentos Promed por meio dos telefones **(31) 4007-2148** (Belo Horizonte e região metropolitana) ou **0800 942 0060** (interior de Minas Gerais e demais estados).

3.1.1. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte a rede de prestadores da Promed e escolha o prestador 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 Promed e de sua cédula de identidade (RG).

3.1.2. COMO REALIZAR EXAMES

1. Consulte a rede de prestadores da Promed e escolha o laboratório ou clínica de acordo com sua rede de atendimento;
2. Com o pedido médico em mãos, realize contato com a Central de Autorizações da Promed por meio dos telefones **(31) 3025-4800** (Belo Horizonte e região metropolitana) ou **0800 600 7730** (interior e demais estados) para solicitar autorização prévia. Nesse momento, informe o local onde pretende realizar o exame.
3. Aguarde o retorno da avaliação da Promed, antes de dirigir-se ao local do atendimento.
4. No dia marcado, dirija-se com a autorização emitida, sua cédula de identidade (RG) e seu cartão de identificação válido Promed.

ATENÇÃO

Salienta-se que a realização de alguns exames/procedimentos está condicionada à validação prévia da Promed.

Para conhecer as regras gerais de validação prévia de exames, consulte o capítulo 6 (Validação prévia de procedimentos) deste Manual.

3.1.3. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

1. O médico assistente entregará a você o Pedido de Internação devidamente preenchido;
2. Tendo em mãos o pedido médico, realize contato com a Central de Atendimento da Promed por meio dos telefones **(31) 3025 - 4800** (Belo Horizonte e região metropolitana) ou **0800 600 7727** (interior)
3. A Operadora irá validar previamente o procedimento. Aguarde o retorno da avaliação da Promed, antes de dirigir-se ao local do atendimento.
4. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da Guia de Internação e também de seu cartão de identificação válido Promed e de sua cédula de identidade (RG).

ATENÇÃO

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

3.1.4. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado apto a atender a rede do plano contratado e o tipo de atendimento de urgência necessário. Para auxílio, consulte a rede de prestadores próprios ou credenciados da Promed ou entre em contato com a Central de Atendimento da Promed por meio dos telefones **(31) 3025 4800** (Belo Horizonte e região metropolitana) ou **0800 600 7730** (interior e demais estados). O processo para autorização no caso de urgência/emergência é conduzido pelo prestador de saúde.

1. Dirija-se ao local do atendimento, munido de seu cartão de identificação válido

Promed e de sua cédula de identidade (RG). Mantenha o seu cartão de identificação sempre com você.

No caso de internação de urgência ou emergência, o hospital deverá encaminhar o Pedido de Internação, com justificativa do quadro clínico, devidamente preenchido pelo médico, para a Central de Atendimento da Promed.

3.2. ATENDIMENTO PARA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, FORA DA REDE CREDENCIADA DA PROMED

No caso de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não existam prestadores próprios ou credenciados da Operadora, dentro da área de abrangência do plano contratado, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não pertencentes a rede de prestadores próprios ou credenciados da Operadora, solicitando posteriormente, após pagar pelo atendimento, o reembolso parcial de despesas médicas, assim consideradas aquelas que impliquem risco imediato de vida, de lesões irreparáveis ou de complicações no processo gestacional, e como tal declarados pelo médico assistente do beneficiário, de acordo com as condições e limites do plano contratado.

Veja como proceder:

1. mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, verifique na Central de Atendimento se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador pertencente a rede de prestadores próprios ou credenciados da Operadora;
2. caso efetivamente a localidade não possua um prestador pertencente a rede de prestadores próprios ou credenciados da Operadora, dirija-se a um prestador local para que o atendimento seja realizado;
3. pague pelos serviços e solicite um relatório médico que justifique todo o atendimento, bem como os recibos e/ou notas fiscais quitadas, no original, com a discriminação de cada um dos procedimentos realizados;
4. para solicitar a validação do reembolso, entre em contato com a Promed.

ATENÇÃO

Para saber mais sobre as regras para solicitação de reembolso, consulte o item 4.1.5.2. (“Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência”) neste Manual.

3.3. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

Para alguns planos constantes neste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos. Para saber os valores que serão cobrados para cada procedimento, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo” referente à categoria do plano contratado.

3.4. MECANISMO DE REGULAÇÃO - FRANQUIA

Para alguns planos constantes neste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação de franquia, que é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede própria, credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora. Para saber os valores que serão cobrados, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo” referente à categoria do plano contratado.

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

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10).
- O atendimento deve ser assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da Operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.
- As coberturas de procedimentos e eventos somente serão garantidas quando solicitados pelo médico assistente, mediante pedido válido por 30 (trinta) dias, de que conste o Código Internacional de Doenças (CID) ou a hipótese diagnóstica (HD). Na forma da CONSU n.º 8, a Promed poderá optar por Junta de Divergência para mediação de conflito através de Medicina por Evidência do Conselho Federal de Medicina (CFM) e pareceres do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS).
- Cobertura assistencial para os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso 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, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura para as ações de planejamento familiar, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, observando-se as seguintes definições:

I. planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II. concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III. anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV. atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V. aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI. atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

- Cobertura para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, respeitada a segmentação do plano contratado, os prazos de carência e Cobertura parcial temporária (CPT).

ATENÇÃO

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das Operadoras de planos privados de assistência à saúde.

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 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 para os 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 do plano contratado.
- Para fins de cobertura obrigatória, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria n.º 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.
- Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura assegurada de sua remoção e/ou retirada.

- Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que possuam cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/Manual na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura da continuidade do tratamento no caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, conforme prescrição do médico assistente e justificativa clínica, respeita 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 dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN n.º 259, de 2011.

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

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais bem como terapias, conforme relacionado a seguir:
 - a. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
 - b. cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com os limites e normas estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - c. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação;
 - d. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigentes à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
 - e. cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - i. hemodiálise e diálise peritonial (CAPD);
 - ii. 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;

iii. radioterapia;

iv. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, Unidade de Terapia Intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

v. hemoterapia ambulatorial;

vi. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

- 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 de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente.
- Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

4.1.2. COBERTURAS HOSPITALARES

Serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), englobando os seguintes itens:

- a. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente;
- b. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação do beneficiário, durante o período de internação;
- c. cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d. cobertura de despesas de diárias, incluindo alimentação e acomodação, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, de 1 (um) acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para pessoas com deficiência;
- e. cobertura de exames complementares de controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- f. fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- g. cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- i. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - ii. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida na legislação vigente e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
 - iii. radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - iv. hemoterapia;
 - v. nutrição enteral ou parenteral;
 - vi. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - vii. embolizações e radiologia intervencionista;
 - viii. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - ix. procedimentos de reeducação e reabilitação física listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - x. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, exceto medicação de manutenção.
- h. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer e cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;
- i. cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- j. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico,

necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

j1. 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 beneficiário, 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 da segmentação hospitalar e plano referência.

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

i. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

ii. os medicamentos utilizados durante a internação;

iii. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto o fornecimento de medicamentos de manutenção; e

iv. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de

ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

k.1. os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

k.2. na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador-cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

k.3. as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

k.4. são competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I. determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

II. providenciar o transporte tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre receptor.

k.5. os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins as disposições da RN n.º 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, o prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).

l. 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 aos seguintes critérios:

i. 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

ii. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, respeitando-se a segmentação

do plano contratado;

m. 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, considerando que:

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

ii. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre 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 03 (três) nomes indicados por parte da Operadora para composição da junta médica.

4.1.3. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

- Coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.
- Cobertura ambulatorial em saúde mental garantirá:
 - a. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
 - b. tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

- 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 para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.
- A cobertura hospitalar em saúde mental garantirá custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, por ano de vigência contratual. Caso o período de internação ultrapasse os 30 (trinta) dias por ano, o beneficiário arcará com 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares a contar do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação.
- A cobertura de hospital-dia (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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

4.1.4. COBERTURA OBSTÉTRICA

- Serão asseguradas as seguintes coberturas:
 - a. procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto puerpério;
 - b. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhamento indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
 - c. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto a termo.

Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

4.1.5. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

- 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 morte 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.

- Cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do beneficiário no contrato.
- Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- Cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência.
- Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP).
- Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

4.1.5.1. Remoção

- A Operadora fica responsável pela remoção do beneficiário, para unidade de atendimento da rede do plano após a realização dos atendimentos, classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente beneficiário.
- Nos casos em que o beneficiário necessitar de atendimento e que ainda estiver cumprindo o prazo de carência ou nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e PAC relacionados às DLP, será garantida a sua remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, para uma unidade integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. Na remoção, a Operadora disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS:
 - a. quando o paciente beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da especificada no item anterior, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
 - b. quando não possa haver remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus.

ATENÇÃO

As coberturas referidas no item 4.1.5. (“Emergências e urgências”) e 4.1.5.1. (“Remoção”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o plano Promed Comfort UP Adesão Enfermaria. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

4.1.5.2. Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência

A Operadora assegurará o reembolso, no limite das obrigações contratuais previstas nesse item, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela Operadora.

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

O beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da Operadora (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela Operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, previstos neste Manual, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos originais necessários.

4.1.5.3 Documentos necessários para reembolso de despesas

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

- a. via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela Operadora (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b. conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o

tratamento realizado, e, quando for o caso, o período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência.

ATENÇÃO

O beneficiário deverá comparecer, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela Operadora.

ATENÇÃO

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

05.

Exclusões de cobertura

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

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

- 5.1. As despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar coberto pelo plano contratado, e eventos não relacionados no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- 5.2. Cirurgias plásticas ou outros procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos com finalidade estética, tais como:
 - 5.2.1. mamária;
 - 5.2.2. em couro cabeludo (inclusive implante de cabelos), face (olho, boca e orelhas) e pescoço;
 - 5.2.3. de nariz (rinoplastia reparadora, rinosseptoplastia funcional e septoplastia cartilaginosa, por qualquer técnica), exceto quando comprovada a necessidade de restauração de função através de exames pré-operatórios;
 - 5.2.4. de dorso e membros;
 - 5.2.5. de abdome;
 - 5.2.6. para correção de cicatrizes e/ou tatuagens por qualquer técnica;
 - 5.2.7. lipoaspiração e lipoescultura de qualquer localização;
 - 5.2.8. órteses e próteses com finalidade estética.
- 5.3. Excetuam-se da exclusão prevista no item 5.2. as cirurgias plásticas para reconstrução da mama decorrente de tratamento de câncer, nos moldes do artigo 10-A da Lei n.º 9656/98;
- 5.4. Excetuam-se da exclusão prevista no item 5.2. as cirurgias plásticas reparadoras de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS,

05.

Exclusões de cobertura

vigente à época do evento;

5.5. Procedimentos com fins estéticos, tais como:

5.5.1. epilação;

5.5.2. tratamento capilar e de calvície;

5.5.3. esfoliações químicas e/ou mecânicas, superficiais e/ou profundas;

5.5.4. tratamento de estrias e rugas, tais como aplicações locais de gorduras, produtos naturais, sintéticos, químicos, medicamentos e fios de ouro;

5.5.5. galvanoterapia e outros similares;

5.5.6. cauterizações;

5.5.7. laserterapia;

5.5.8. lasercirurgia;

5.5.9. escleroterapia de microvarizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectesias;

5.5.10. tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em regime ambulatorial, hospitalar, hospitalar-dia e clínicas, para:

5.5.10.1. rejuvenescimento;

5.5.10.2. convalescença;

5.5.10.3. senilidade;

5.5.10.4. repouso;

5.5.10.5. acolhimento de idosos;

5.6. Quaisquer tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em estâncias hidrominerais, *spa* ou assemelhadas, casas de repouso e/ou atendimento domiciliar;

5.7. Fornecimento, aquisição, aluguel ou conserto de aparelhos ortopédicos como

05.

Exclusões de cobertura

pernas e/ou braços mecânicos, muletas, cadeira de rodas, entre outras órteses;

- 5.8. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como próteses, órteses e seus acessórios que sejam importadas;
- 5.9. Assistência médica, paramédica domiciliar, incluindo medicamentos, aluguel de materiais, equipamentos, aparelhos e quaisquer gastos com instalação para atendimento domiciliar;
- 5.10. Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências;
- 5.11. Despesas extraordinárias de beneficiários e/ou acompanhantes, tais como: alimentação, uso de telefone, aluguel de TV, uso de frigobar, materiais descartáveis de uso pessoal ou de higiene íntima não inerentes ao tratamento, tais como: camisola, absorvente, fraldas, *kits* de toalete e assemelhados, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade e pessoas com deficiência;
- 5.12. Reeducação postural global;
- 5.13. Condicionamento físico em academias, exceto nas hipóteses listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.14. Transplantes que não estão previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.15. Despesas com consultas, exames, tratamento clínico/cirúrgico:
 - 5.15.1. experimentais;
 - 5.15.2. não éticos (previstos no Código Brasileiro de Ética Médica);
 - 5.15.3. nas especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- 5.16. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem

05. Exclusões de cobertura

registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

- 5.17. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.18. Métodos e técnicas de fecundação, tais como fecundação *in vitro* e inseminação artificial ou outras não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.19. Necropsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta;
- 5.20. Casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.21. Remoções para consulta e/ou exames de beneficiários não internados;
- 5.22. Imunizações e vacinas;
- 5.23. Consultas e exames pré-admissionais, periódicos e demissionais;
- 5.24. Quaisquer atendimentos odontológicos, exceto a cobertura da cirurgia bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar.

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

Todos os atendimentos deverão ser necessariamente autorizados pela Promed, o que ocorrerá através da Central de Atendimento, exceto nos casos listados abaixo:

- a. urgência e emergência;
- b. consultas em geral, psiquiátricas e obstétricas;
- c. exames simples, conforme classificação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

Entre em contato com a Promed, por meio dos telefones abaixo:

Central de Autorização Promed: **(31) 3025 4800** (Belo Horizonte e região metropolitana) ou **0800 600 7727** (interior de Minas Gerais e demais estados).

A validação prévia deverá ser solicitada pelo beneficiário através dos telefones acima, e o beneficiário deverá ter em mãos no momento do contato:

- I. pedido emitido pelo médico com justificativa, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo profissional da área de saúde assistente, nos moldes dos formulários, documentos e padrão exigidos pela ANS.
 - II. laudo de exames complementares (anteriores), caso sejam necessários para aquela solicitação.
 - III. a Operadora informará um prazo médio para retorno da validação necessária.
-

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 Promed 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 carências 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”).

COBERTURAS	CARÊNCIAS CONTRATUAIS
Urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas
Consultas em geral.	180 (cento e oitenta) dias
Consultas psiquiátricas.	180 (cento e oitenta) dias
Consultas obstétricas.	180 (cento e oitenta) dias
Exames simples, conforme Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.	180 (cento e oitenta) dias
Exames especiais, conforme Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.	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 terão sua continuidade

07.

Carências

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 recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:
 - a. a inscrição pode ser exercida quando o beneficiário 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.
- É assegurada a inclusão do recém-nascido sob guarda ou tutela do responsável legal, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias da tutela ou da guarda.
- Ao recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias, nas formas dispostas anteriormente, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:
 - a. caso o beneficiário, 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 beneficiário, 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 beneficiário.
- Não é possível a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar do nascimento, da guarda, tutela ou adoção. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT).

ATENÇÃO

A inscrição do recém-nascido, na forma disposta anteriormente, pelo dependente do plano, observará as condições de elegibilidade previstas neste Manual.

07. Carências

Inclusão do cônjuge ou companheiro(a):

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

Inclusão do(a) menor de 12 (doze) anos:

- é assegurada a inclusão do menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário, ou sob guarda ou tutela deste e inscrito no plano 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.
- é assegurada a inclusão do menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
- a inscrição do filho menor, nas formas dispostas anteriormente, observarão as condições de elegibilidade previstas neste Manual.
- não é possível a alegação de DLP quando o menor de 12 (doze) anos for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar da guarda, tutela, adoção ou do reconhecimento de paternidade. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de CPT.

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 Promed 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.

07.

Carências

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Promed, 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.

ATENÇÃO

Haverá aproveitamento das carências já cumpridas total ou parcialmente no contrato anterior, para beneficiários da PROMED ASSISTENCIA MÉDICA, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que o plano anterior esteja ativo ou cancelado em no máximo 60 (sessenta) dias anteriores à data da vigência do novo contrato.

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 Promed.
- b. beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra “A”, acima, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade no referido contrato coletivo.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

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

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

benefício, a suspensão da cobertura de PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às DLP declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação 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 ou caso o beneficiário se recuse aos termos da CPT, sem prejuízo da devida medida policial e penal. 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

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

entrega efetiva de toda a documentação sem prejuízo de apuração da respectiva responsabilidade penal.

- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de DLP, se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano 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 DO 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. cópia da Certidão de União Estável emitida pelo cartório ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- c. cópia do RG e do CPF do(a) convivente;
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

09.

Alterações cadastrais

9.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

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

Caso o(a) recém-nascido(a) seja incluído(a) no 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 FILHO(A) SOLTEIRO(A) COM IDADE INFERIOR OU IGUAL A 35 (TRINTA E CINCO) ANOS:

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

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

9.5. INCLUSÃO DE FILHO(A) INVÁLIDO(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 RG (se houver);
- d. cópia do Laudo Médico e perícia médica;
- e. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- f. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

9.6. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) COM IDADE INFERIOR OU IGUAL A 35 (TRINTA E CINCO) ANOS:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);
- c. cópia do RG do(a) enteado(a) (se houver);
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. cópia da Certidão de Casamento, Declaração de União Estável devidamente registrada em Cartório ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- g. 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.

09. Alterações cadastrais

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 termo de guarda provisória ou definitiva expedido por órgão oficial;
- e. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- f. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

** Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com idade inferior ou igual a 35 (trinta e cinco) anos, podendo ser solicitada documentação complementar.*

ATENÇÃO

Casos específicos poderão ensejar a solicitação de documentos complementares ou 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.*

- 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.

09.

Alterações cadastrais

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

9.8.1. 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 titular manter seu endereço e número(s) de telefone sempre atualizados.

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

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

09. Alterações cadastrais

9.11. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência tanto para categoria superior (*upgrade*) quanto para categoria inferior (*downgrade*) poderá ser feita para qualquer outro plano constante neste Manual, e somente poderá ser realizada no mês de Junho, desde que solicitada com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular.

ATENÇÃO

A transferência somente poderá ser realizada se o plano estiver ativo para comercialização no *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

- **Transferência para padrão superior:** O beneficiário que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com acomodação em padrão superior à prevista ao plano anterior, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação. Até o vencimento dessas novas carências, serão respeitadas as carências já cumpridas no plano anterior, de maneira que o(s) beneficiário(s) possa(m) continuar usufruindo de todos os recursos do plano anterior.

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

PRAZO PARA ALTERAÇÕES CADASTRAIS

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

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

09.

Alterações cadastrais

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

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

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

Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém-adotados menores de 12 (doze) anos ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do casamento ou da união estável, 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, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim.

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

10. Pagamento

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

10.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

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

Formas de pagamento*

Boleto bancário

Débito automático em conta-corrente, nos bancos conveniados ao sistema

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

Veja abaixo alguns exemplos:

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

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar 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 Promed.

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

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

10. 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.

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

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

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

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

10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

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

10. Pagamento

que poderá ser restabelecido, a critério da Operadora, a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

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

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

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.

11.

Reajustes

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

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

ATENÇÃO

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

11.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Reajuste conforme variação positiva do Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M), apurado com base na variação dos últimos 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data do aniversário do contrato, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) ao contrato coletivo.

11.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

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.

11.

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”).

11.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Faixa etária	PROMED SELECT ADESÃO ENFERMARIA	PROMED SELECT ADESÃO APARTAMENTO	PROMED COMFORT ADESÃO ENFERMARIA	PROMED COMFORT ADESÃO APARTAMENTO
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De 24 a 28 anos	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
De 29 a 33 anos	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De 34 a 38 anos	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De 39 a 43 anos	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%
De 44 a 48 anos	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%
De 49 a 53 anos	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
De 54 a 58 anos	36,00%	36,00%	36,00%	36,00%
59 anos ou mais	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%

11.

Reajustes

Faixa etária	PROMED SELECT UP ADESÃO ENFERMARIA	PROMED SELECT UP ADESÃO APARTAMENTO	PROMED COMFORT ENFERMARIA UP ADESÃO	PROMED COMFORT UP ADESÃO APARTAMENTO	PROMED COMFORT UP ADESÃO ENFERMARIA
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De 24 a 28 anos	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
De 29 a 33 anos	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De 34 a 38 anos	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De 39 a 43 anos	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%
De 44 a 48 anos	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%
De 49 a 53 anos	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
De 54 a 58 anos	36,00%	36,00%	36,00%	36,00%	36,00%
59 anos ou mais	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%

ATENÇÃO

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

12.

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

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

12.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, 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.

12.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

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

ATENÇÃO

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta"), o(s) beneficiário(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. A partir do momento em que não houver mais vínculo com a Entidade e o beneficiário titular for desligado do contrato coletivo, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o

12.

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

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

12.4. CANCELAMENTO DA ADEÇÃO 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.

12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

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

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

12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

A Promed, 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 Promed, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- inobservância das obrigações contratuais.

12.

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 Promed.

Anexo I

Plano Promed Select

Adesão Enfermaria

Plano Promed Select

Adesão Enfermaria

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Promed Select Adesão Enfermaria

1.1.2. Código do plano

477.384/16-5

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 Grupo de Municípios.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os Municípios de Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Confins, Contagem, Esmeraldas, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, São Joaquim de Bicas e Vespasiano.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Promed Select

Adesão Enfermaria

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos.

Os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

2.1.1. Procedimentos e Valores de Coparticipação

Atendimentos/procedimentos	Valores em R\$*
Consultas Rede Própria	R\$ 22,90
Consultas Consultórios/Clínicas	R\$ 22,90
Consultas Hospitalais	R\$ 35,50
Exames Simples	R\$ 9,90
Exames Especiais e Terapias	R\$ 35,50
Fisioterapias (sessão)	R\$ 6,90
Procedimentos Ambulatoriais	R\$ 35,50
Internação Enfermaria	R\$ 80,00
Internação Apartamento	R\$ 130,00

Plano Promed Select

Adesão Enfermaria

2.2. FRANQUIA

Este plano possui o mecanismo de regulação franquia, que é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada/referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.

2.2.1. Procedimento e valor de franquia

Procedimento	Valores em R\$*
Transplantes	R\$ 100,00

**Os valores referentes a coparticipação e a franquia serão reajustados nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.*

Anexo II

Plano Promed Select

Adesão Apartamento

Plano Promed Select Adesão Apartamento

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 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

Promed Select Adesão Apartamento

1.1.2. Código do plano

477.386/16-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os municípios de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Igarapé, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Sabará e Vespasiano.

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 Promed Select

Adesão Apartamento

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos.

Os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

2.1.1. Procedimentos e Valores de Coparticipação

Atendimentos/procedimentos	Valores em R\$*
Consultas Rede Própria	R\$ 22,90
Consultas Consultórios/Clínicas	R\$ 22,90
Consultas Hospitalares	R\$ 35,50
Exames Simples	R\$ 9,90
Exames Especiais e Terapias	R\$ 35,50
Fisioterapias (sessão)	R\$ 6,90
Procedimentos Ambulatoriais	R\$ 35,50
Internação Enfermaria	R\$ 80,00
Internação Apartamento	R\$ 130,00

Plano Promed Select

Adesão Apartamento

2.2. FRANQUIA

Este plano possui o mecanismo de regulação franquia, que é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada/referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.

2.2.1. Procedimento e valor de franquia

Procedimento	Valores em R\$*
Transplantes	R\$ 100,00

**Os valores referentes a coparticipação e a franquia serão reajustados nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.*

Anexo III
Plano Promed Comfort
Adesão Enfermaria

Plano Promed Comfort

Adesão Enfermaria

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Promed Comfort Adesão Enfermaria

1.1.2. Código do plano

477.388/16-8

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os municípios de Aimorés, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Divinópolis, Ipatinga, Jequitinhonha, Juiz de Fora, Montes Claros, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Santos Dumont, Ubá, Uberaba e Uberlândia.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Promed Comfort

Adesão Enfermaria

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos.

Os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

2.1.1. Procedimentos e Valores de Coparticipação

Atendimentos/procedimentos	Valores em R\$*
Consultas Rede Própria	R\$ 22,90
Consultas Consultórios/Clínicas	R\$ 22,90
Consultas Hospitalares	R\$ 35,50
Exames Simples	R\$ 9,90
Exames Especiais e Terapias	R\$ 35,50
Fisioterapias (sessão)	R\$ 6,90
Procedimentos Ambulatoriais	R\$ 35,50
Internação Enfermaria	R\$ 80,00
Internação Apartamento	R\$ 130,00

Plano Promed Comfort

Adesão Enfermaria

2.2. FRANQUIA

Este plano possui o mecanismo de regulação franquia, que é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada/referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.

2.2.1. Procedimento e valor de franquia

Procedimento	Valores em R\$*
Transplantes	R\$ 100,00

**Os valores referentes a coparticipação e a franquia serão reajustados nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.*

Anexo IV
Plano Promed Comfort
Adesão Apartamento

Plano Promed Comfort

Adesão Apartamento

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Promed Comfort Adesão Apartamento

1.1.2. Código do plano

477.389/16-6

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os municípios de Aimorés, Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Contagem, Divinópolis, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Ipatinga, Jequitinhonha, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Matozinhos, Montes Claros, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, Santos Dumont, Ubá, Uberaba e Uberlândia.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Promed Comfort

Adesão Apartamento

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos.

Os valores que serão cobrados para cada procedimento realizado são os que seguem na tabela a seguir:

2.1.1. Procedimentos e Valores de Coparticipação

Atendimentos/procedimentos	Valores em R\$*
Consultas Rede Própria	R\$ 22,90
Consultas Consultórios/Clínicas	R\$ 22,90
Consultas Hospitalares	R\$ 35,50
Exames Simples	R\$ 9,90
Exames Especiais e Terapias	R\$ 35,50
Fisioterapias (sessão)	R\$ 6,90
Procedimentos Ambulatoriais	R\$ 35,50
Internação Enfermaria	R\$ 80,00
Internação Apartamento	R\$ 130,00

Plano Promed Comfort

Adesão Apartamento

2.2. FRANQUIA

Este plano possui o mecanismo de regulação franquia, que é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada/referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.

2.2.1. Procedimento e valor de franquia

Procedimento	Valores em R\$*
Transplantes	R\$ 100,00

**Os valores referentes a coparticipação e a franquia serão reajustados nos mesmos moldes do valor mensal do benefício.*

Anexo V
Plano Promed Select UP
Adesão Enfermaria

Plano Promed Select UP

Adesão Enfermaria

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 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

Promed Select UP Adesão Enfermaria

1.1.2. Código do plano

477.383/16-7

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os municípios de Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Contagem, Esmeraldas, Igarapé, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Raposos, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia e São Joaquim de Bicas.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Promed Select UP

Adesão Enfermaria

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

2.2. FRANQUIA

Este plano não possui franquia.

Anexo VI
Plano Promed Select UP
Adesão Apartamento

Plano Promed Select UP

Adesão Apartamento

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 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

Promed Select UP Adesão Apartamento

1.1.2. Código do plano

477.385/16-3

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os municípios de Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Confins, Contagem, Igarapé, Lagoa Santa, Mário Campos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas e Vespasiano.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Promed Select UP

Adesão Apartamento

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

2.1. FRANQUIA

Este plano não possui franquia.

Anexo VII:
Plano Promed Comfort
Enfermaria UP Adesão

Plano Promed Comfort Enfermaria UP Adesão

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Promed Comfort Enfermaria UP Adesão

1.1.2. Código do plano

482.295/19-1

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 Grupo de Municípios.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os municípios de Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Contagem, Divinópolis, Esmeraldas, Governador Valadares, Ibirité, Igarapé, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Lavras, Matozinhos, Montes Claros, Muriaé, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Pouso Alegre, Raposos, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, Sete Lagoas, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Vespasiano.

Plano Promed Comfort

Enfermaria UP Adesão

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

2.2. FRANQUIA

Este plano não possui franquia.

Anexo VIII:
Plano Promed Comfort
UP Adesão Apartamento

Plano Promed Comfort UP

Adesão Apartamento

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 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

Promed Comfort UP Adesão Apartamento

1.1.2. Código do plano

477.387/16-0

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os municípios de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Divinópolis, Ipatinga, Jequitinhonha, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Montes Claros, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Ubá, Uberaba, Uberlândia.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o

Plano Promed Comfort UP

Adesão Apartamento

beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

2.2. FRANQUIA

Este plano não possui franquia.

Anexo IX
Plano Promed Comfort UP
Adesão Enfermaria

Plano Promed Comfort UP

Adesão Enfermaria

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Promed Comfort UP Adesão Enfermaria

1.1.2. Código do plano

477.152/16-4

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende municípios de Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Contagem, Divinópolis, Esmeraldas, Governador Valadares, Igarapé, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Lavras, Matozinhos, Montes Claros, Muriaé, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, Uberaba, Uberlândia e Vespasiano.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Promed Comfort UP

Adesão Enfermaria

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, haverá cobertura para todos os atendimentos em situação de urgência e emergência médica, observados os conceitos postos pelo artigo 35-C da Lei n.º 9656/98, bem como as regras e condições a seguir:

- a. considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- b. considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- c. serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais e urgência e emergência médica 24 horas após o início da vigência do benefício.
- d. nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP), haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.
- e. haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

Plano Promed Comfort UP

Adesão Enfermaria

f. também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes.

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1 COPARTICIPAÇÃO

Este plano não possui coparticipação.

2.2 FRANQUIA

Este plano não possui franquia.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, and the page is completely blank except for the lines themselves.

Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey 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.

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 Promed 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 Promed ou a Qualicorp.

**Central de Atendimento
Promed**

(31) 3025-4800

BH e região metropolitana

0800-600-7730

Demais regiões

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Promed:

ANS nº 348805

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.74.42.00001

C. abr/2020-00002 | I. abr/2020