

Manual do Beneficiário

Seguro de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão





Entenda como foi viabilizado o seu seguro-saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

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

OPFRADORA

A Seguradora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Seguradora deste seguro-saúde é a Salutar, que vem oferecendo novas opções em assistência médica no Rio de Janeiro.

A Salutar disponibiliza grande diversidade de produtos, acessíveis e de qualidade, e uma ampla rede médica referenciada. Assim, a operadora vem conquistando a confiança de um número cada vez maior de 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 estipulou este seguro-saúde COLETIVO POR ADESÃO com a Salutar, 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 DIFERENCAS ENTRE O PLANO COLETIVO POR ADESÃO E O PLANO INDIVIDUAL

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

Prezado(a) Beneficiário(a)

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

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

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

Seja bem-vindo(a).

Qualicorp Administradora de Benefícios



Sumário

CAPÍTULOS

01.	A Qualicorp Administradora de Benefícios	_pág.	07
02.	A contratação coletiva do seguro-saúde	_pág.	10
03.	Formas de utilização do seguro-saúde	_pág.	13
04.	Coberturas e procedimentos garantidos	_pág.	16
05.	Exclusões de cobertura	_pág.	31
06.	Validação prévia de procedimentos	_pág.	33
07.	Carências	_pág.	34
08.	Cobertura parcial temporária	_pág.	38
09.	Alterações cadastrais	_pág.	41
10.	Pagamento	_pág.	49
11.	Reajustes	_pág.	52
12.	Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde	pág.	54



Anexos

Anexo I:	Salutar Compacto Adesão Enfermaria- Sem FM	pág. 57
Anexo II:	Plano Salutar Smart	pág. 61
Anexo III:	Plano Salutar Prime	pág. 65
Anexo IV:	Plano Salutar Prime Mais	pág. 69
Anexo V:	Plano Super	pág. 73
Anotações		pág. 83
Use bem, use semprecor		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 Salutar.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

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

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

- a. apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;
- b. realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde;
- c. movimentação cadastral;
- d. conferência de faturas:
- e. cobrança aos beneficiários;



01. A Qualicorp Administradora de Benefícios

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.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

Central de Atendimento Pessoal*

São Paulo

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

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

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

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

Ouvidoria

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.









A contratação coletiva do seguro-saúde

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

Trata-se de uma apólice de seguro de assistência à saúde, coletiva por adesão, estipulada pela Qualicorp Administradora de Benefícios com a Salutar, e destinada à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Salutar Saúde Seguradora S/A (ANS n.º 000027)	
Administradora de Benefícios/Estipulante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)	
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a "Proposta"), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a administradora de benefícios para a viabilização do seguro de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.	
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido à apólice coletiva de seguro de assistência à saúde.	

ATENÇÃO

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

A contratação coletiva do seguro-saúde

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

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;
- companheiro(a) havendo uni\u00e3o est\u00e1vel na forma da lei, sem eventual concorr\u00e9ncia com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- filho(a) solteiro(a) de qualquer idade;
- filho(a) inválido(a) de qualquer idade;
- enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade;
- menor que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular:
- neto(a);
- bisneto(a).

2.2. VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA

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

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





A contratação coletiva do seguro-saúde

2.2.1. RESCISÃO DA APÓLICE COLETIVA

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

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

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

Categoria de plano	Código ANS
Salutar Compacto Adesão Enfermaria- Sem FM	480.776/18-6
Salutar Smart	479.674/18-8
Salutar Prime	479.677/18-2
Salutar Prime Mais	479.669/18-1
Super	410.812/99-4

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores referenciados pela Salutar, bem como pela sua segmentação assistencial, seu padrão de acomodação em caso de internação. Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo "Anexo".

Formas de utilização do seguro-saúde

TANTO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS (CONSULTAS, EXAMES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS), PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E OBSTÉTRICAS), QUANTO PARA PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, AS FORMAS DE UTILIZAÇÃO VARIAM DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, CONFORME INDICADO A SEGUIR NESTE CAPÍTULO, BEM COMO NO ANEXO, REFERENTE À SUA CATEGORIA DE PLANO.

3.1. ATENDIMENTO NA REDE MÉDICA REFERENCIADA

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

Veja como agilizar o atendimento:

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



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Salutar disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o seu documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos prestadores

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





Formas de utilização do seguro-saúde



LISTA DE PRESTADORES REFERENCIADOS

A lista de prestadores referenciados é disponibilizada pela Salutar e está dividida em médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais etc. Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela

Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Salutar disponibilizará para cada segurado titular, quando do seu ingresso no seguro, 1 (um) Guia da Rede Credenciada da região de domicílio do beneficiário contendo a lista indicativa de prestadores. Esta lista com as devidas atualizações também será disponibilizada no site da Operadora, em sua sede, e através de sua Central de Atendimento.

A lista de prestadores referenciados é de responsabilidade da Salutar; para consultar prestadores específicos, entre em contato com a Operadora, por meio do telefone (21) 2216-6750 ou acesse o *site* www.salutarsaude.com.br.

3.2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, FORA DA REDE REFERENCIADA DA SALUTAR

Disponível para todos os planos

No caso de urgência ou emergência comprovada, ocorrida dentro da área de abrangência do plano contratado, quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores referenciados da Salutar, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não pertencentes à rede referenciada da Salutar, solicitando posteriormente, após pagar pelo atendimento, o reembolso de despesas, de acordo com as condições e limites do plano contratado.

Veja como proceder:

- 1. mediante a necessidade do atendimento para urgência ou emergência, verifique se a localidade em que você estiver não possui nenhum prestador referenciado da Salutar;
- 2. caso efetivamente a localidade não possua um prestador referenciado da Salutar, dirija-se a um prestador local para que o atendimento seja realizado;

Formas de utilização do seguro-saúde

- 3. pague pelos serviços e solicite um relatório médico que justifique o atendimento, bem como a documentação completa exigida para cada procedimento;
- 4. para saber mais sobre o reembolso, exclusivamente nos casos de urgência e emergência, consulte o item 4.5. ("Atendimento de Urgência e Emergência") deste Manual.



Coberturas e procedimentos garantidos

ESTÃO COBERTOS TODOS OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, DA ANS, 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 ESTABELECIDA NO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, PARA TODAS AS DOENÇAS DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10), DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

4.1. COBERTURAS ASSISTENCIAIS

- O atendimento 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.
- Cobertura assistencial para os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, que terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura para os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos no
 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, assim
 como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos,
 terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitandose os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de
 relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de
 serviços de saúde.

Coberturas e procedimentos garantidos

- As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei
 n.º 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e
 atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS,
 vigente à época do evento.
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- Cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
- Cobertura para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitados as segmentações e os prazos de carência e Cobertura parcial temporária (CPT).
- 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 especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.
- Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.





Coberturas e procedimentos garantidos

- A cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução
 de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol
 de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, possuem
 cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações
 constem da bula/manual perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e
 respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer
 outro tipo de relação entre a Operadora de planos privados de assistência à saúde e
 prestadores de serviços de saúde.
- No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, e deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitados as segmentações, os prazos de carência e a CPT.
 - A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN n.º 259, de 2011.
- O procedimento "Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos" é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.
- Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.
- A internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da

Coberturas e procedimentos garantidos

ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 1998.

4.2. COBERTURAS AMBULATORIAIS

Estão garantidas as despesas ambulatoriais decorrentes de:

- Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- 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.
- Consultas médicas em número ilimitado inclusive obstétricas para pré-natal, em clinicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Serviços auxiliares de diagnose e terapia em regime ambulatorial, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, a critério ou sob a supervisão de profissional médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar; desde que não se caracterize como internação.
- Acupuntura, desde que realizada por profissional habilitado e registrado na Autarquia Federal competente que regulamenta a profissão.
- Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, solicitadas e indicadas pelo médico assistente.
- Psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de



Coberturas e procedimentos garantidos

Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente a época do evento, sessões essas que poderão ser realizadas por psicólogo ou médico devidamente habilitado.

- Procedimento de reeducação e reabilitação física listado no Rol de Procedimentos
 e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e em número ilimitado de
 sessões por ano, as quais poderão ser realizadas por fisiatra ou por fisioterapeuta,
 conforme indicação do médico assistente.
- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - 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;
 - 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

Coberturas e procedimentos garantidos

embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

- radioterapia para a segmentação ambulatorial;
- 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 segmento ambulatorial;
- hemoterapia ambulatorial;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

4.3. COBERTURAS HOSPITALARES

Estão garantidas as despesas médico-hospitalares decorrentes de:

- internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, eletivas ou de urgência ou emergência, ocorridas em ambiente hospitalar, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, sob os cuidados de profissional médico assistente com registro no CRM;
- transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo, quando couber, despesas assistenciais com os doadores vivos, despesas com medicamentos utilizados durante a internação, despesas com acompanhamento clínico pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicação de manutenção. As despesas com busca, captação, transporte e preservação dos órgãos estão cobertas somente na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- 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





Coberturas e procedimentos garantidos

estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

- Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente:
 - 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 (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
 - 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).
 - os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitados as segmentações, os prazos de carência e a CPT.
- Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b. que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo

Coberturas e procedimentos garantidos

menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

- 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
- O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados por parte da Operadora para composição da junta médica.
- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.
- O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 - I. tratando-se de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
 - II. os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na





Coberturas e procedimentos garantidos

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.

- Cirurgias refrativas oftalmológicas, respeitado o grau mínimo de deficiência visual estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Cirurgia plástica reconstrutiva da mama acometida por tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, bem como cirurgia reparadora não estética de órgãos e funções;
- Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Procedimentos bucomaxilofaciais que necessitarem de internação hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que não sejam ligados à finalidade de natureza odontológica;
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que não sejam ligados à finalidade de natureza odontológica;
- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais e cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar:
 - hemodiálise e diálise peritoneal;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;

Coberturas e procedimentos garantidos

- hemoterapia;
- nutrição parenteral e enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos com hemodinâmica;
- embolizações;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física.
- Tratamentos hospitalares psiquiátricos com custeio integral de 30 (trinta) dias de internação ao ano. A partir do 31.º (trigésimo primeiro) dia de internação, 50% (cinquenta por cento) das despesas com a internação serão arcadas pelo beneficiário, observando os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

Entende-se por despesas médico-hospitalares:

- diárias em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina de acordo com a acomodação prevista para o produto contratado, sendo vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- acesso à acomodação em nível superior na ocorrência de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, sem ônus adicional;
- utilização de centro cirúrgico, centro de terapia intensiva ou similar, leitos especiais e toda aparelhagem necessária para o tratamento do segurado durante a internação hospitalar, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- serviços gerais de enfermagem e paramédicos;
- alimentação do beneficiário, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;
- honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- exames complementares indispensáveis para elucidação diagnóstica e controle da evolução da doença;





Coberturas e procedimentos garantidos

- Anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e/ou radioterapia e materiais necessários ao tratamento do segurado até a alta hospitalar, desde que prescritos pelo médico assistente;
- Toda e qualquer taxa relacionada com a internação hospitalar;
- Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- Despesas específicas com a acomodação (leito e rouparia) e alimentação básica fornecida pelo próprio hospital (café da manhã, almoço e jantar) para 1 (um) acompanhante do beneficiário internado menor de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para pessoas com deficiência, conforme indicação do médico assistente, sendo a alimentação obrigatoriamente de mesma proveniência da servida ao segurado internado;
- Medicamentos e materiais devidamente regularizados junto ao órgão oficial competente (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), incluindo próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico.

4.4. COBERTURAS OBSTÉTRICAS

Estão garantidas as despesas obstétricas referentes ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério da beneficiária, incluindo:

- cobertura das despesas com paramentação, acomodação e alimentação de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto. Caso o recém-nascido não seja incluído como beneficiário, esta garantia cessará automaticamente a partir do 31.º (trigésimo primeiro) dia após o parto.

Coberturas e procedimentos garantidos

ATENÇÃO

O pedido para a liberação dos procedimentos garantidos neste Manual será realizado de acordo com procedimento interno da Operadora, conforme descrito no capítulo 6 (Validação prévia de procedimentos).

4.5. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de:

- I. urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II. emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- A Operadora garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.
- A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, em período inferior, para:
 - I. os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
 - II. os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
 - III. os casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP).

ATENÇÃO

As coberturas referidas no item 4.5. ("Atendimento de urgência e emergência") deste capítulo não se aplicam na íntegra para a categoria Super. Para saber mais sobre a





Coberturas e procedimentos garantidos

cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo "Anexo".

4.5.1. REEMBOLSO

- Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.
- Após comprovada a impossibilidade de utilização da Rede Referenciada, o valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do plano do beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela Salutar Saúde para reembolso e não será, sob nenhuma hipótese, inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.
- Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médicohospitalares realizadas, a Salutar solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido.
- O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos.
- É facultado ao beneficiário titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Salutar.
- O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário titular em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

4.5.1.1. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO:

- cópia do cartão de identificação;
- recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e/ou nota

Coberturas e procedimentos garantidos

fiscal original, constando:

- descrição do serviço realizado e quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, se houver;
- laudos de exames, se necessário;
- laudo médico, se necessário.

MUITO IMPORTANTE

Os planos apresentados não possuem a opção de livre Escolha de Prestador, com exceção para anestesista.

4.5.2. REMOÇÃO

A remoção do paciente será garantida pela Operadora nas seguintes hipóteses:

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

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

4.5.2.1. Da remoção para o SUS

- À Salutar caberão o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- Quando não puder haver remoção por risco de vida, 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.





O4. Coberturas e procedimentos garantidos

- A Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade do SUS.
- Se o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a Operadora desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

05. Exclusões de cobertura

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

- * Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 5.1. Procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- 5.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
- 5.3. Quaisquer cirurgias, tratamentos e/ou exames:
 - com finalidade estética e/ou de embelezamento;
 - para inseminação artificial;
 - para mudança de sexo.
- 5.4. Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos;
- 5.5. Aquisição ou aluguel de equipamentos hospitalares ou similares;
- 5.6. Enfermagem em caráter particular;
- 5.7. Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar;
- 5.8. Vacinas;
- 5.9. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias bucomaxilofaciais que necessitarem de internação hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência



05. Exclusões de cobertura

- de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 5.10. Medicamentos importados sem o registro válido na ANVISA;
- 5.11. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- 5.12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.13. Despesas de acompanhantes de pacientes entre 18 (dezoito) e 59 (cinquenta e nove) anos de idade, exceto tratando-se de pessoas com deficiência e mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- 5.14. Transplantes, com exceção dos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.15. Cirurgias refrativas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.16. Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 5.17. Exame admissional, periódico e demissional.





Validação prévia de procedimentos (VPP)

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

Excetuando-se as consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência, é necessário que o beneficiário solicite a validação prévia para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, a qual será concedida pela Salutar após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente:

- internações eletivas.
- remoções.
- serviços auxiliares de diagnose e terapias.
- serviços ambulatoriais.

Nos casos de atendimento de urgência ou emergência, o segurado deverá comunicar a Salutar em até 2 (dois) dias úteis subsequentes ao atendimento.

A Operadora poderá solicitar informações e documentos adicionais sobre a realização de despesas com exames e terapia, sempre que julgar necessárias para a validação do atendimento na rede referenciada ou para o reembolso das despesas médico--hospitalares, destacando que a contagem do prazo de liberação apenas se inicia com o fornecimento de todas as informações e documentos solicitados pela Operadora.

ATENÇÃO

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

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

Entre em contato com a Central de Atendimento da Salutar:

Tel.: **(21) 2216-6750** Fax: **(21) 2233-5047**

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





O7. Carências

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

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

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").

Carências	Coberturas	Prazos contratuais
А	Casos de urgência e emergência, consultas, exames de análises clínicas e radiológicos.	24 (vinte e quatro) horas
В	Ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, teste de função pulmonar. Ecocardiografias, eletrocardiograma dinâmico, endoscopia e laparoscopias, fisioterapias.	180 (cento e oitenta) dias
С	Tomografia computadorizada, ressonância magnética, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, medicina nuclear (mapeamento, cintilografias e terapias), estudo hemodinâmico, angiografias, arteriografia, hemodiálise, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo plano.	180 (cento e oitenta) dias
D	Internação clínica e cirúrgica.	180 (cento e oitenta) dias

O7. Carências

Carências	Coberturas	Prazos contratuais
E	Internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.	180 (cento e oitenta) dias
F	Parto a termo	300 (trezentos) dias

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

- A. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:
 - a inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
 - a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
 - o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.
- B. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.
- C. Ao recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias na forma dos itens A e B, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:
 - 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
 - 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





O7. Carências

ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

- D. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:
 - do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
 - da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;
- E. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

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 segurosaúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Salutar no "Aditivo de Redução de Carências", que faz parte do Contrato de Adesão (a "Proposta"). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Salutar, forem contemplados com prazos de carência reduzidos deverão respeitar os prazos indicados no referido "Aditivo de Redução de Carências", que são definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 7.1. ("Prazos de carência") deste Manual.

7.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, poderá ser concedida a isenção dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. ("Prazos de carência") deste Manual. Salienta-se que

O7. Carências

essa possibilidade se dará exclusivamente para novos beneficiários que se enquadrem, comprovadamente, nos seguintes casos:

- a. beneficiários que aderirem ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do ingresso da sua Entidade, indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta"), na apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a Salutar.
- b. beneficiários que se vincularem à sua Entidade após ter decorrido o prazo referido na letra "A", acima, e que formalizarem sua proposta de adesão ao benefício durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data de ingresso da Entidade na referida apólice coletiva.



O8. Cobertura parcial temporária (CPT)

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO-SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

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

O8. Cobertura parcial temporária (CPT)

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

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.
 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.
- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega





O8. Cobertura parcial temporária (CPT)

efetiva de toda a documentação.

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

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.

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO À APÓLICE COLETIVA, 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 CPF do cônjuge;
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

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

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

9.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) DE QUALQUER IDADE:

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

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

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

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

- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- g. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

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

9.6. INCLUSÃO DE ENTEADOS(AS) SOLTEIROS(AS) DE QUALQUER IDADE:

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

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



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

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

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

9.8. INCLUSÃO DE NETOS(AS):

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

9.9. INCLUSÃO DE BISNETOS(AS):

- 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 RG do avô ou da avó;
- 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 bisnetos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

ATENCÃO

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

9.10. 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.

A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscrito(s) na apólice coletiva de seguro-saúde.



9.10.1. O BENEFICIÁRIO TITULAR PODERÁ SOLICITAR O CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DIRETAMENTE À ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, PELOS SEGUINTES 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.

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

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

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

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

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

9.13. TRANSFERÊNCIA DE PLANO

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência de plano poderá ser solicitada para qualquer categoria superior ou inferior.

A transferência será realizada sempre no mês de janeiro, mediante prévia autorização da Operadora, e desde que respeitadas as demais regras vigentes neste benefício.

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.

Quando da transferência do beneficiário titular e seus beneficiários dependentes para um plano **com mais benefícios**, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O beneficiário que fizer esta opção deverá cumprir a carência de 6 (seis) meses, para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

Os benefícios mencionados anteriormente correspondem a: utilização da nova rede credenciada, utilização da nova acomodação e utilização de reembolso, conforme previsto na legislação vigente.

Também será admitida a transferência do beneficiário titular e seus beneficiários dependentes para um plano **com menos beneficios**, salvo se o beneficiário já tiver sido beneficiado com hospitalização, caso em que essa transferência só será admitida após decurso de 12 (doze) meses, contados da última alta hospitalar.

Salienta-se que a solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Por exemplo: beneficiários com início de vigência no dia 1 (um) deverão fazer a solicitação de transferência até o dia 11 (onze) do mês de dezembro. Desde que a solicitação seja realizada no prazo, a transferência passará a vigorar no mês de janeiro no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular.

ATENÇÃO

A possibilidade de transferência de plano, objeto do item 9.13. ("Transferência de plano") deste Manual, não se aplica aos beneficiários do Plano Super.





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 de vigência do benefício do titular. Por exemplo:

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

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

Salienta-se que, caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (vinte dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração não vigorará no prazo previsto na regra acima. Nesse caso, a alteração solicitada terá de aguardar um mês a mais do que o prazo previsto na regra acima para passar a vigorar, o que se fará 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 ou recém-adotados se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento ou da adoção, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 9.13. ("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 SEGURO-SAÚDE NA SALUTAR 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") à apólice coletiva, a saber:

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

O prazo para o 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 Salutar. A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na contacorrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão





10. Pagamento

(a "Proposta") à apólice coletiva. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para efetuar a quitação. O pagamento do benefício em atraso seguirá as condições estabelecidas no item 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 9.12. "Alteração de dados bancários, para efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso") e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior, "Alterações cadastrais", deste Manual.

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, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do benefício.

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

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

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno à apólice coletiva

10. Pagamento

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

ATENCÃO

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.



11. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) À REFERIDA APÓLICE COLETIVA, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO 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 reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Salutar para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Salutar.

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

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 esta apólice coletiva, tanto o realizado na rede de prestadores referenciados pela Salutar quanto o realizado por prestadores não referenciados (de livre escolha, via reembolso de despesas pagas pelos beneficiários, conforme condições contratuais).

Os valores do benefício serão avaliados periodicamente e poderão ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração,

11. Reajustes

independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) à apólice coletiva.

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

ATENÇÃO

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

11.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

ATENÇÃO

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



12.

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

AS REGRAS PARA A SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, BEM COMO PARA A EXCLUSÃO DA ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES E/OU DEPENDENTES) E PARA UMA NOVA ADESÃO À APÓLICE COLETIVA, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR E OBSERVAM AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-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 à apólice coletiva, 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 9.10. ("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 da apólice coletiva, o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também será(ão) desligado(s).

12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO SEGURO-SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

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

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

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

12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

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

ATENCÃO

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 considerandose 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 Salutar, 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.

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

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 SEGURO-SAÚDE

A Salutar, 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):

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

ATENÇÃO

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

Anexo I Salutar Compacto Adesão Enfermaria- Sem FM

Salutar Compacto Adesão Enfermaria- Sem FM

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 SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Salutar Compacto Adesão Enfermaria- Sem FM

1.1.2. Código do plano

480.776/18-6

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 seguintes Municípios: Belford Roxo, Mesquista, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

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.

Salutar Compacto Adesão Enfermaria- Sem FM

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Faixa etária	Salutar Smart
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	14,00%
De 24 a 28 anos	14,00%
De 29 a 33 anos	13,00%
De 34 a 38 anos	12,00%
De 39 a 43 anos	16,00%
De 44 a 48 anos	29,00%
De 49 a 53 anos	31,00%
De 54 a 58 anos	37,00%
59 anos ou mais	35,00%

03. REEMBOLSO

O recurso de livre escolha não está disponível para este plano de saúde.





Anexo II Plano Salutar Smart

Plano Salutar Smart

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 SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Salutar Smart

1.1.2. Código do plano

479.674/18-8

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 seguintes Municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro e São João de Meriti.

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 Salutar Smart

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Faixa etária	Salutar Smart
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	35,80%
De 24 a 28 anos	10,00%
De 29 a 33 anos	9,00%
De 34 a 38 anos	1,50%
De 39 a 43 anos	5,00%
De 44 a 48 anos	41,69%
De 49 a 53 anos	35,00%
De 54 a 58 anos	20,00%
59 anos ou mais	50,60%

03. REEMBOLSO

O recurso de livre escolha **não** está disponível para este plano de saúde.





Anexo III Plano Salutar Prime

Plano Salutar Prime

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 SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Salutar Prime

1.1.2. Código do plano

479.677/18-2

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o estado do Rio de Janeiro, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta").

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 Salutar Prime

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Faixa etária	Salutar Prime
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	35,80%
De 24 a 28 anos	10,00%
De 29 a 33 anos	9,00%
De 34 a 38 anos	1,50%
De 39 a 43 anos	5,00%
De 44 a 48 anos	41,69%
De 49 a 53 anos	35,00%
De 54 a 58 anos	20,00%
59 anos ou mais	50,60%

03. REEMBOLSO

O recurso de livre escolha **não** está disponível para este plano de saúde.





Anexo IV Plano Salutar Prime Mais

Plano Salutar Prime Mais

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 SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Salutar Prime Mais

1.1.2. Código do plano

479.669/18-1

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 estadual.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o estado do Rio de Janeiro, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta").

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 Salutar Prime Mais

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Faixa etária	Salutar Prime Mais
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	35,79%
De 24 a 28 anos	10,01%
De 29 a 33 anos	9,00%
De 34 a 38 anos	1,50%
De 39 a 43 anos	5,00%
De 44 a 48 anos	41,69%
De 49 a 53 anos	35,00%
De 54 a 58 anos	20,00%
59 anos ou mais	50,60%

03. REEMBOLSO

O recurso de livre escolha **não** está disponível para este plano de saúde.





Anexo V Plano Super

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 SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

Super

1.1.2. Código do plano

410.812/99-4

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 o "Grupo de Municípios" listados a seguir, de acordo com a opção indicada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta").

Grupo de Municípios para o Plano Super

Duque de Caxias, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é referência.

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. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

- Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:
 - a. Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
 - b. emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP) (artigo 6.º da Resolucão CONSU 13/1998), a garantia de





- atendimento será limitada às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 3. Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

02. REAJUSTE

2.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Faixa etária	Super
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	21,00%
De 24 a 28 anos	5,00%
De 29 a 33 anos	1,00%
De 34 a 38 anos	13,00%
De 39 a 43 anos	3,00%
De 44 a 48 anos	64,00%
De 49 a 53 anos	19,00%
De 54 a 58 anos	29,00%
59 anos ou mais	59,00%

03. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Salutar ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos

e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuadas pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

3.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

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

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao plano Super:

Plano	Beneficiário não internado		Beneficiário internado	
	Consultas médicas	Diagnose- -terapias e demais procedimentos ambulatoriais	Honorários médicos	Diárias e despesas hospitalares e SADT
Super	1,0	1,0	2,0	1,0

3.2. DIÁRIAS HOSPITALARES

Para efeito de reembolso, as diárias hospitalares, de UTI e de parto incluem:

- a. diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b. diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória;
- c. partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto e pós-parto a saber:





- 1. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
 - pré-parto;
 - parto; e
 - pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;
- 2. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

3.3. TAXAS DE SALA

Para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a. as taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela Salutar Saúde para Reembolso só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b. as taxas de sala cirúrgica incluem: utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c. as demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela Salutar Saúde para Reembolso para o procedimento realizado;
- d. as taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela Salutar Saúde para Reembolso. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida:
- e. quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela

mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

3.4. MEDICAMENTOS E MATERIAIS CIRÚRGICOS

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços do Guia Farmacêutico (Brasíndice) vigente na data de sua utilização. Os materiais não constantes dos referidos guia e tabela serão reembolsados de acordo com os preços médios de venda do mercado.

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

O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela Salutar Saúde para Reembolso, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

3.6. REMOÇÃO

As despesas com remoções somente serão reembolsadas com a prévia e expressa autorização da Operadora.

3.7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

- 1. Consulta: cópia do cartão de identificação, cópia do RG, CPF e dados bancários, recibos ou notas fiscais válidas como recibo (quitação da Nota Fiscal), com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento;
- 2. Atendimento em pronto-socorro hospitalar: cópia do cartão de identificação, cópia do RG, CPF e dados bancários, recibos ou notas fiscais validas como recibo (quitação da Nota Fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;





- 3. Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: cópia do cartão de identificação, cópia do RG, CPF e dados bancários, recibos ou notas fiscais validas como recibo (quitação da Nota Fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;
- 4. Honorários médicos durante a internação: cópia do cartão de identificação, cópia do RG, CPF e dados bancários, recibos ou Nota Fiscal válida como recibo (quitação da Nota Fiscal), contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe médica separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor do desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;
- 5. Internação: cópia do cartão de identificação, cópia do RG, CPF e dados bancários, recibos ou Nota Fiscal quitada e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação;
- 6. Remoção: cópia do cartão de identificação, cópia do RG, CPF e dados bancários, recibos ou Nota Fiscal e seu comprovante de pagamento contendo o total de quilômetros rodados, hospital de origem e de destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório médico assistente justificando a necessidade da remoção.

ATENÇÃO

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

PRAZO PARA REEMBOLSO

O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos.

O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário titular em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

O valor do reembolso das despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta") à apólice coletiva.

É facultado ao beneficiário titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Operadora.

Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médicohospitalares realizadas, a Salutar solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem e eventual dilatação do prazo estabelecido.

Ainda que o beneficiário tenha, na mesma Operadora, mais de um seguro, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, pois, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano de seguro, perdendo o beneficiário o excesso de prêmios eventualmente pagos.

COMO SOLICITAR REEMBOLSO

Reúna os documentos originais necessários para o procedimento realizado, listados no item 3.7. ("Documentos necessários para reembolso") e entregue-os numa das opções a seguir.

COM A SALUTAR

A documentação deverá ser recebida pela Salutar via correio por carta registrada, ou poderá ser entregue no endereço abaixo:

Rua Visconde de Inhaúma, 38 – sala 902

Centro - Rio de Janeiro - RI

CFP: 20091-007





COM A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

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

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

ATENÇÃO

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

04. TRANSFERÊNCIA DE PLANO

O recurso de transferência de plano descrito no capítulo 9 ("Alterações Cadastrais"), no item 9.13. ("Transferência de plano") deste Manual, não está disponível para este plano de saúde.

Anotações



Anotações

USE BEM, USE SEMPRE

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

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

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





Central de Atendimento Salutar

(21) 2216-6750

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Salutar:

ANS nº 000027

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.53.01.00004

C. fev/2020-00003 | I. fev/2020