

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADEÇÃO

BENEFICIÁRIO

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

OPERADORA

Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão.

A Operadora deste plano de saúde é a Unimed Fortaleza, líder do mercado de saúde suplementar no Ceará e a maior operadora das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ela está integrada ao Sistema Nacional Unimed, que reúne centenas de cooperativas na maior rede de assistência médica do Brasil e no maior sistema de saúde da América Latina.

ENTIDADE

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

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto à Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário.

A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que contratou este plano de saúde COLETIVO POR ADEÇÃO com a Unimed Fortaleza, 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.



Unimed Fortaleza:
ANS nº 317144



Qualicorp
Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde COLETIVO POR ADESÃO

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

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

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

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

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,

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



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,

o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



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

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

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

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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

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

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

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

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

REAJUSTE ANUAL

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

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

Prezado(a) Beneficiário(a)

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

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

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

Seja bem-vindo(a).

Qualicorp Administradora de Benefícios



Sumário

CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios _____ pág. 07
02. A contratação coletiva do plano de saúde _____ pág. 10
03. Formas de utilização do plano de saúde _____ pág. 14
04. Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 20
05. Exclusões de cobertura _____ pág. 38
06. Validação prévia de procedimentos _____ pág. 42
07. Carências _____ pág. 43
08. Cobertura parcial temporária _____ pág. 46
09. Alterações cadastrais _____ pág. 49
10. Pagamento _____ pág. 57
11. Reajustes _____ pág. 60
12. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão
ao plano de saúde _____ pág. 63
13. Serviço adicional: Unimed Urgente _____ pág. 67

Anexos

Anexo I:	Plano Uniflex Coletivo por Adesão Enfermaria com Copart _____	pág. 75
Anexo II:	Plano Uniflex Coletivo por Adesão Apartamento com Copart _____	pág. 79
Anexo III:	Plano Uniplano Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo _____	pág. 83
Anexo IV:	Plano Uniplano Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo _____	pág. 87
Anexo V:	Plano Multiplan Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo _____	pág. 91
Anexo VI:	Plano Multiplan Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo _____	pág. 95
Anexo VII:	Plano Multiplan Referência Enfermaria sem Odontologia _____	pág.99
Anotações	_____	pág.103
Use bem, use sempre	_____	contracapa

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

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

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

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

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

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

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

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

- e. cobrança aos beneficiários;
- f. atendimento aos beneficiários para questões administrativas;
- g. distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

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

CANAIS DE CONTATO COM A QUALICORP:

Centrais de Atendimento por telefone

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

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

Demais regiões: **0800-16-2000**

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

Central de Atendimento para Deficientes Auditivos

0800-014-4800 (Deficientes auditivos)

Expediente: 24 horas, todos os dias.

SAC

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

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

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

01.

A Qualicorp Administradora de Benefícios

Central de Atendimento Pessoal*

São Paulo

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

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

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

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

Ouvidoria

www.qualicorp.com.br/ouvidoria

Redes Sociais

www.facebook.com/Qualicorp

Segunda a sexta: 8h às 17h

WhatsApp

(11) 4004-4400

Canal do cliente

www.qualicorp.com.br/canalcliente

24h por dia, 7 dias por semana.

APP

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



Baixe nosso aplicativo

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



02.

A contratação coletiva do plano de saúde

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

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

Operadora	Unimed Fortaleza Sociedade Cooperativa Médica Ltda. (ANS n.º 317144)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

ATENÇÃO

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

Para todos os planos contidos neste Manual, os serviços serão prestados pela Unimed Fortaleza, através de seus médicos cooperados, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou contratados.

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

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

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

- cônjuge ou companheiro(a);*
- filho(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos ou, se for comprovadamente universitário(a), até 28 (vinte e oito) anos;*
- filho(a) com invalidez permanente, de qualquer idade;*
- enteado(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos ou, se for comprovadamente universitário(a), até 28 (vinte e oito) anos;*
- menor de idade solteiro(a) que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutela do beneficiário titular.*

**Superadas as condições de adesão (exemplos: extinção da guarda ou tutela etc.), será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com idade até 24 (vinte e quatro) anos ou 28 (vinte e oito) anos, se for universitário(a) devidamente comprovado(a), podendo ser solicitada documentação complementar.*

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

2.2. VIGÊNCIA DO CONTRATO COLETIVO

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

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

2.2.1. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO

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

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 7 (sete) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
UNIFLEX COLETIVO POR ADESÃO ENFERMARIA COM COPART	454.205/05-3
UNIFLEX COLETIVO POR ADESÃO APARTAMENTO COM COPART	454.209/05-6
UNIPLANO COLETIVO POR ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO	450.605/04-7
UNIPLANO COLETIVO POR ADESÃO APARTAMENTO COPARTICIPATIVO	450.604/04-9
MULTIPLAN COLETIVO POR ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO	450.608/04-1
MULTIPLAN COLETIVO POR ADESÃO APARTAMENTO COPARTICIPATIVO	450.609/04-0
MULTIPLAN REFERÊNCIA ENFERMARIA SEM ODONTOLOGIA	425.856/99-8

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

ATENÇÃO

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

03.

Formas de utilização do plano de saúde

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

3.1. ATENDIMENTO NA REDE COOPERADA E CREDENCIADA DA UNIMED FORTALEZA

Disponível para todos os planos

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

Para alguns planos constantes neste Manual, haverá o direcionamento para prestadores determinados pela Unimed Fortaleza, para realização de alguns procedimentos, conforme descrito no item 3.4. (“Mecanismo de Regulação - Direcionamento”).

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

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

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO



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

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

A renovação do cartão é anual e automática.

03.

Formas de utilização do plano de saúde



GUIA MÉDICO

É fornecido ao beneficiário titular um exemplar do *Guia Médico*, de responsabilidade da Operadora, no qual constam os serviços médicos cooperados e credenciados da Operadora em sua área de abrangência.

3.1.1. COMO REALIZAR CONSULTAS

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

3.1.2. COMO REALIZAR EXAMES

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

3.1.3. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

1. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado assistente entregará a você o Pedido de Internação devidamente preenchido;
2. Entregue o Pedido de Internação diretamente à Unimed Fortaleza, para obter a Guia de Internação;

03.

Formas de utilização do plano de saúde

3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da Guia de Internação e também de seu cartão de identificação válido Unimed Fortaleza e de sua cédula de identidade (RG).

ATENÇÃO

Não haverá incidência de coparticipação financeira do beneficiário em terapias (exemplos: fisioterapia, hemodiálise, radioterapia, quimioterapia etc.), cirurgias ambulatoriais e internações clínicas e cirúrgicas, com exceção de internações específicas em saúde mental. Tampouco haverá incidência de coparticipação sobre consultas e exames ligados à internação do beneficiário e realizados durante a internação.

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

3.1.4. COMO OBTER ATENDIMENTO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Para auxílio, consulte o *Guia Médico* da Unimed Fortaleza ou entre em contato com a Unimed Fortaleza, pelos telefones **0800-275-1818** (de telefonia fixa) ou **(85) 4020-1818** (de telefonia móvel), ambos 24 (vinte e quatro) horas.

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

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

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

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

03.

Formas de utilização do plano de saúde

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

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

ATENÇÃO

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

3.2.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Disponível para todos os planos

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

Nesses casos, o beneficiário deverá entrar em contato com a Unimed Fortaleza, que fornecerá prontamente as informações necessárias à realização do atendimento. O telefone da Unimed Fortaleza é **0800-275-1818**, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

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

03.

Formas de utilização do plano de saúde

ATENÇÃO

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

3.3. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

Para alguns planos constantes neste Manual, a Operadora adota o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que ele e/ou seu(s) beneficiário(s) dependente(s) realizar(em) consultas e exames.

Para verificar o percentual que será cobrado por cada procedimento realizado, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo” referente à categoria do plano contratado.

3.4. MECANISMO DE REGULAÇÃO - DIRECIONAMENTO

Para alguns planos constantes neste Manual, a Operadora poderá se utilizar do mecanismo de regulação “Porta de Entrada”, que consiste na avaliação e no gerenciamento do encaminhamento do beneficiário aos centros de atendimento próprios da Operadora, para a realização de consultas, exames, internações clínicas e/ou cirúrgicas.

3.4.1. PARA A EFETIVAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS PLANOS QUE POSSUEM O MECANISMO DE REGULAÇÃO “PORTA DE ENTRADA”, O BENEFICIÁRIO DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA UNIMED FORTALEZA, CONFORME DESCRITO NESTE MANUAL.

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

Disponível para todos os planos

No caso de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não

03. Formas de utilização do plano de saúde

existam prestadores do Sistema Nacional Unimed, dentro da área de abrangência do plano contratado, o beneficiário poderá utilizar o atendimento de prestadores locais, não pertencentes ao Sistema Nacional Unimed, solicitando posteriormente, após pagar pelo atendimento, o reembolso de despesas, de acordo com as condições e limites do plano contratado.

Veja como proceder:

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

ATENÇÃO

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

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

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

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

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, quando elas constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT) e a segmentação contratada.
- Havendo alteração no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e seus Anexos e/ou Diretrizes de Utilização, o Contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente.
- A Operadora poderá, por intermédio de seus médicos auditores, conforme previsto na Resolução n.º 1.614/2001 do Conselho Federal de Medicina (CFM), solicitar do médico assistente esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.
- O plano contratado terá cobertura dos atendimentos nas ações de planejamento familiar, onde devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando-se as seguintes definições:
 - I. planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - II. concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

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

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

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

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

- A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
- O atendimento deve ser assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da Operadora e os prazos de carência estabelecidos no contrato.
- Estão cobertos todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive os necessários ao atendimento de lesões autoinflingidas, priorizando-se o atendimento ambulatorial e em consultório, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente, respeitadas os limites, restrições e exclusões de cada tipo de plano.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

ATENÇÃO

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

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares, observadas as seguintes coberturas:
 - a. consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo CFM;
 - b. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico credenciado ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
 - c. consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente credenciado;
 - d. psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados por psicólogo ou por médico cooperado, devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente cooperado;

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

e. medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

f. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

g. procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- radioterapia ambulatorial, conforme lista do Rol de Procedimentos, da ANS, vigente à época do evento;

- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial, que prescindam de internação e do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, UTI e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos, da ANS, vigente à época do evento ;

- hemoterapia ambulatorial;

- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas no Rol de Procedimentos, da ANS, vigente à época do evento.

h. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

i. cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

j. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

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:

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

ATENÇÃO

Para alguns planos constantes neste Manual, haverá o mecanismo de regulação coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de exames gerados, conforme condições constantes no capítulo 3 (“Formas de utilização do plano de saúde”) deste Manual.

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR.

- A cobertura hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto na letra “j” a seguir, observadas as seguintes exigências:
 - a. internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- b. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente credenciado;
- c. diária de internação hospitalar, na acomodação contratada;
- d. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- e. exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente credenciado, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- f. toda e qualquer taxa e materiais utilizados que estejam devidamente contratados com o prestador;
- g. cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato para o plano contratado, em território brasileiro;

ATENÇÃO

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

- h. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente credenciado, nas mesmas condições da cobertura do plano contratado, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- i. cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados nos Anexos 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,

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

órteses próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

j. cobertura de 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 restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

k. cobertura para os procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar e prescritos pelo médico assistente credenciado e desde que descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, abaixo listados:

- hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 20 da Resolução Normativa vigente e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I da Resolução Normativa vigente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos da Resolução Normativa vigente;
- embolizações listadas nos Anexos da Resolução Normativa vigente;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa vigente; e

- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa vigente, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

l. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

m. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

n. órteses e próteses nacionais e/ou importadas nacionalizadas e desde que registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

ATENÇÃO

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

o. cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas;

p. cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

q. cobertura de transplantes de Rins e Córneas e dos transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

r. cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes de Rins e Córneas e dos transplantes autólogos e alogênicos anteriormente previstos, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, tais como: despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-cirúrgico imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

s. garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, a critério do médico assistente credenciado;

t. cobertura de complicações decorrentes de procedimentos médicos e cirúrgicos, incluindo aqueles com fins estéticos, não originalmente cobertos e/ou realizados pelo plano, mas desde que previstos na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais serão consideradas como doenças e lesões preexistentes cabendo imputação de CPT;

u. cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

v. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

- A Operadora só pagará os honorários do profissional solicitante do procedimento bucomaxilofacial, se o profissional for médico cooperado ou cirurgião-dentista credenciado a sua rede assistencial.
- 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

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar:
 - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos da Resolução Normativa vigente;
 - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
 - 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 medica.
- O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, observando-se ainda as condições previstas em norma publicada pela ANS.
- A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), integrantes do Sistema Nacional de Transplante (SNT).
- As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – Portaria GM n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

- É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
 - a. determinar o encaminhamento de equipe especializada;
 - b. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

- O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura em unidade hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, com a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT.
- Estão cobertos no Plano Hospitalar as despesas de paramentação, acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela mulher, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.
- A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou caso a beneficiária-mãe não tenha cumprido o prazo de carência para parto.
- Os eventos e procedimentos da cobertura contratual, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão cobertura assistencial, 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.
- Os insumos necessários para realização de procedimentos da cobertura contratual,

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, 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.

- Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de associação, credenciamento, referenciamento, reembolso, especialmente a relação associativa cooperativista ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.
- Os procedimentos da cobertura contratual serão fornecidos, quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei n.º 9.656 de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.
- A beneficiária do plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.
- 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.
- Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias* somente terão cobertura assegurada quando assim forem especificados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, da ANS, vigente à época do evento e de acordo com a segmentação do plano contratado.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- 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 de Saúde, da ANS, vigente à época do evento, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/Manual junto 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 serviço de saúde.
- Cobertura da continuidade do tratamento no caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).

** 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.*

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

- Entende-se por emergência, casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- São considerados casos de urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional sem representar risco de vida iminente.
- A Operadora garantirá a cobertura de remoção inter-hospitalar para uma unidade da rede do plano ou para o Sistema Único de Saúde (SUS), depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente credenciado, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao beneficiário ou pela necessidade de internação.
- Nos casos de urgência e emergência, depois de cumprido o período de carência de 24 (vinte quatro) horas, os beneficiários poderão ser atendidos diretamente junto aos serviços próprios ou credenciados pela Operadora, nas modalidades previstas neste manual e conforme previsto nos normativos da ANS, devendo, para tanto,

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

identificarem-se devidamente como beneficiários e apresentar o respectivo cartão de identificação do plano adquirido.

- Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de complicações inerentes à condição gestacional, ainda estando a beneficiária em período de carência, mesmo que vinculado a plano sem cobertura obstétrica, será assegurado o atendimento ambulatorial, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, a cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à Operadora.
- Na cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:
 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:
 - a. deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano Multiplan Referência, cuja cobertura é integral;
 - b. persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
 - c. uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da Operadora de planos privados de assistência à saúde; e
 - d. em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.
 - a contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

- Quando o atendimento de urgência e emergência implicar a realização de intervenções cirúrgicas, uso de leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de alta complexidade (PAC), no decorrer do período de carência ou da CPT de Doenças ou lesões preexistentes (DLP), quando aplicáveis, a cobertura disponibilizada estará limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, igual àquela fixada para o plano do segmento exclusivamente ambulatorial, não se garantindo, portanto, cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à Operadora.
- O atendimento de urgência, nos casos que decorram de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

- Entende-se por acidente pessoal o evento ocorrido em data específica provocado por agentes externos ao corpo humano, súbito e involuntário e causador de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

- Após o cumprimento das carências previstas, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- Quando o beneficiário estiver em trânsito no território nacional, e ocorrerem casos de urgência e emergência, o mesmo deverá procurar atendimento dentro do Sistema Unimed, orientando-se da rede credenciada disponível da Operadora naquela localidade, ficando excluídos os hospitais de alto custo e/ou tabela própria, conforme capítulo 5 (“Exclusões de cobertura”), item 5.27., deste Manual.
- Fica garantida a remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente cooperado, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao beneficiário.

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Fica garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário ainda estar cumprindo carência para o período de internação.
- Nos casos de CPT, sendo necessária a continuidade do tratamento, ou sendo necessária internação hospitalar, eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP), mesmo que em tempo menor que 12 (doze) horas, o beneficiário terá direito à remoção para uma unidade hospitalar credenciada pelo SUS, após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao beneficiário.
- Nos casos previstos neste item, quando não possa haver remoção por risco de morte ou lesão, 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.
- Na remoção, 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 de entrada na unidade do SUS.
- Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em estabelecimento de saúde diferente, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

4.1.4.1. Reembolso exclusivamente em casos de urgência e emergência

- Nos casos de urgência e emergência, quando ficar comprovada a não possibilidade de utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, conforme art. 12, inciso VI, da Lei n.º 9.656/98, o beneficiário terá direito ao pedido de reembolso das despesas médicas decorrentes nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela Operadora aos serviços prestados, de acordo com a Tabela de Reembolso Unimed Fortaleza divulgada e atualizada pela

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

Operadora, disponível em seu Portal Eletrônico www.unimedfortaleza.com.br.

- Os medicamentos serão reembolsados de acordo com a Revista BrasÍndice, na rubrica “preço fábrica”, e os materiais de acordo com a tabela Unimed Fortaleza, que são os preços praticados junto à rede de atendimento da Operadora. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsados pelo menor valor das cotações realizadas pela Operadora, mediante apresentação da nota fiscal competente.
- O valor a ser reembolsado nos casos de urgência e emergência será o da relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela Operadora junto à rede assistencial credenciada do plano contratado.
- Não são passíveis de reembolso: quaisquer procedimentos, materiais, medicamentos, tratamentos, serviços e demais itens expressamente excluídos da cobertura assistencial que não constem no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); alimentação de acompanhante (exceto para idosos maiores de 60 (sessenta) anos, crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente); acomodação diferente da que foi contratada; despesas com serviços extraordinários, tais como: telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, jornais, revistas, alimentação diversa da prescrita pelo médico assistente etc.
- Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como próprio do plano hospitalar ou como de risco de morte, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da Operadora.
- O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação completa comprobatória do atendimento, exigindo-se, no mínimo, o seguinte:
 - a. relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
 - b. conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras) e relação dos materiais e medicamentos consumidos, com os respectivos

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

recibos e notas fiscais;

c. recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;

d. comprovantes originais, relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o beneficiário.

- O beneficiário terá o prazo prescricional de 1 (um) ano para apresentar a documentação anteriormente listada, sob pena de não ter mais direito legal ao reembolso.

Ressalta-se que, na falta de subsídios para a análise da Unimed Fortaleza, serão solicitados documentos complementares, caso em que o prazo previsto para o reembolso poderá ser dilatado.

ATENÇÃO

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

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

05. Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE PLANO DE SAÚDE COLETIVO AS DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

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

- 5.1. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, assim definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- 5.2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração total ou parcial da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 5.3. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 5.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.5. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.6. Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar (*home care*), ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos;
- 5.7. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficiência e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC) ou órgão equivalente ou substituto;
- 5.8. Fornecimento de próteses e órteses e seus acessórios, não ligadas ao ato cirúrgico;

05. Exclusões de cobertura

- 5.9. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.10. Atendimento em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.11. Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, *spas*, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos em internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.12. Consultas domiciliares;
- 5.13. Aviamento de óculos e lentes de qualquer natureza;
- 5.14. Remoção de pacientes fora da área geográfica de abrangência do plano contratado;
- 5.15. Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade do beneficiário, sem imperativo de ordem médica;
- 5.16. Transplantes, exceto de rim, córnea, transplantes autólogos e alogênicos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.17. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados como tratamento de complicações, mas como parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da Operadora;
- 5.18. Permanência hospitalar após a alta médica ou hospitalar;
- 5.19. Medicamentos de uso domiciliar;
- 5.20. Despesas extraordinárias do beneficiário e/ou de seu acompanhante em casos de internação hospitalar, como telefone, petiscos, biscoitos, refrigerantes, bebidas alcoólicas, doces, artigos de toalete, jornais, revistas etc.;
- 5.21. Sessões de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia, acima do número previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

05. Exclusões de cobertura

- 5.22. Cirurgias de miopia ou astigmatismo não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.23. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 5.24. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.25. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 5.26. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência geográfica do plano contratado, bem como despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não credenciados pela Unimed Fortaleza, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e nos termos previstos neste Manual;
- 5.27. Tratamentos, exames e/ou cirurgias em hospitais de tabela própria e/ou hospitais de alto custo não credenciados pela Unimed Fortaleza. Entende-se por hospital de alto custo e/ou tabela própria aquele que, mesmo podendo fazer parte de alguns planos do Sistema Nacional Unimed, não é credenciado à Operadora, cobrando tabelas de procedimentos e honorários médicos próprios e de alto custo, ou seja, sem negociação ou acordo compatível com as tabelas e valores praticados pela Unimed Fortaleza. Exemplos: Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital Sírio Libanês (SP); Hospital Nove de Julho (SP); Hospital Moinhos de Vento (RS); Hospital Copa D'Or (RJ); Hospital São Rafael (BA); Hospital Português (PE); Hospital Monte Klinikum (CE), entre outros;
- 5.28. Realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- 5.29. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária a estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (segmentação odontológica), da ANS, vigente à época do evento;

05. Exclusões de cobertura

- 5.30. Serviços, exames e tratamentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.31. Em segmentação Hospitalar com Obstetrícia, a cobertura de parto, caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido carência para parto a termo 300 (trezentos) dias.

06.

Validação prévia de procedimentos (VPP)

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

6.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

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

6.2. INTERNAÇÕES

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

ATENÇÃO

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

6.3. REMOÇÕES

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

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

Entre em contato com a Unimed Fortaleza, através dos telefones abaixo, ou dirija-se pessoalmente à Central de Atendimento da Unimed Fortaleza.

Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC 24 (vinte quatro) horas Unimed Fortaleza:
0800-275-1818

Canal exclusivo para deficientes auditivos: **0800-286-2020**

Central de Atendimento Pessoal Unimed Fortaleza:

Avenida Santos Dumont, 847

Centro – Fortaleza – CE

Expediente: das 7h às 19h, de segunda a sexta-feira, e das 7h às 13h, aos sábados.

07. Carências

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

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

7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

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

Prazo para aquisição do direito de uso	Assistências médico-hospitalares cobertas
24 (vinte e quatro) horas	Pronto-atendimento nos casos de urgência e/ou emergência, exclusivamente nas primeiras 12 horas ambulatoriais, exceto para os atendimentos decorrentes de acidente pessoal que não se submetem à aludida limitação do tempo, conforme regulamentação da ANS.
0 (zero)	Consultas médicas eletivas, exames complementares simples (laboratoriais e radiológicos).
30 (trinta) dias	Ultrassonografia, fisioterapia e ecocardiograma.
90 (noventa) dias	Testes ergométricos, prova de holter, cintilografia, fonoaudiologia, nutricionista, psicologia e terapia ocupacional.
180 (cento e oitenta) dias	Tomografia computadorizada, ressonância magnética, hemodinâmica, diatermia, litotripsia, quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise, acupuntura, cirurgias ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas e hospital-dia em psiquiatria.
300 (trezentos) dias	Parto a termo

07. Carências

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

Para os casos de recém-casados (no caso de cônjuge dependente), se incluídos em até 30 (trinta) dias do fato motivador (casamento), dentro das condições de admissão permitidas, não cumprirão carências.

É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, na condição de dependente, isento do cumprimento de carências e Cobertura parcial temporária (CPT) decorrente de Doenças ou lesões preexistentes (DLP), desde que cumprida no plano do beneficiário titular, o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, e a inscrição seja efetuada até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, observando as condições de carências estipuladas neste capítulo. Caso o beneficiário titular não tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido, filho natural ou adotivo aproveitará somente os prazos de carência já cumpridos pelo titular. Transcorrido este prazo, o dependente cumprirá os prazos de carência contratuais previamente estabelecidos.

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

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa possibilidade se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este plano de saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas pela Unimed Fortaleza no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

07. Carências

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

7.1.2. ISENÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

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

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

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

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

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

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

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

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os PAC, quando relacionados diretamente à DLP.
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.
- Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n.º 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude.

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

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

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

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

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

09. Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO, O BENEFICIÁRIO TITULAR DEVE OBSERVAR AS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS NESTE CAPÍTULO.

9.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

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

9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

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

09. Alterações cadastrais

9.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

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

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

9.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) COM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS OU, SE COMPROVADAMENTE UNIVERSITÁRIOS(AS), ATÉ 28 (VINTE E OITO) ANOS:

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

No caso de filhos(as) solteiros(as), somar cópia do CPF.

9.5. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) COM INVALIDEZ PERMANENTE, DE QUALQUER IDADE:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

09. Alterações cadastrais

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

No caso de filhos(as) com invalidez permanente, somar cópia do CPF.

9.6. INCLUSÃO DE FILHO(A) ADOTIVO(A) COM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS OU, SE COMPROVADAMENTE UNIVERSITÁRIO(A), ATÉ 28 (VINTE E OITO) ANOS:

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

No caso de filho(a) adotivo(a), somar cópia do CPF.

09. Alterações cadastrais

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

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

** Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com idade até 24 (vinte e quatro) anos ou 28 (vinte e oito) anos, se for universitário(a) devidamente comprovado(a), podendo ser solicitada documentação complementar.*

No caso de menor sob guarda ou tutela, somar cópia do CPF.

9.8. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) COM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) ANOS OU, SE COMPROVADAMENTE UNIVERSITÁRIO(A), ATÉ 28 (VINTE E OITO) ANOS:

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

09. Alterações cadastrais

contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);

e. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

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

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

No caso de enteado(a) solteiro(a), somar cópia do CPF.

ATENÇÃO

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

9.9. 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) no contrato coletivo de plano de saúde.

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

- pessoalmente; ou

09. Alterações cadastrais

- 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.

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

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

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

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

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

9.12. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência, tanto para plano de categoria inferior quanto para plano de categoria superior, poderá ser solicitada no aniversário do contrato coletivo, em julho, desde que solicitada com 30 (trinta) dias de antecedência.

A transferência para plano de categoria superior somente será permitida após a permanência mínima de 12 (doze) meses do beneficiário no plano anterior e desde que ele e/ou seu(s) dependente(s) não tenha(m) sido submetido(s) a internações clínicas e/

09. Alterações cadastrais

ou cirúrgicas nos últimos 12 (doze) meses. Haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias nos casos de mudanças para padrão superior de acomodação e/ou rede credenciada por migração para plano superior, conforme legislação vigente.

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

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

PRAZO PARA ALTERAÇÕES CADASTRAIS

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

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

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

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

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

Excetua-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém-adoptados menores de 12 (doze) anos ou recém-casados, se forem

09. Alterações cadastrais

incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção ou do casamento, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 9.12. (“Transferência de plano”) deste capítulo.

COMO EFETUAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS

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

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

10. Pagamento

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

10.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

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

Formas de pagamento*

Boleto bancário

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

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

Veja abaixo alguns exemplos:

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

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para o pagamento do benefício.*

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta última responsável em liquidar a fatura do grupo beneficiário na Unimed Fortaleza.

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

Eventuais valores de coparticipação em despesas serão cobrados, pela Qualicorp, juntamente com o valor mensal do benefício, de acordo com a opção de pagamento

10. Pagamento

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

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

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

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

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

10.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

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

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

10. Pagamento

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

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

ATENÇÃO

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

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

11. Reajustes

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

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

ATENÇÃO

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

11.1. REAJUSTE FINANCEIRO

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

11.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

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

11. Reajustes

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

ATENÇÃO

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

11.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

Faixa etária	Uniflex Coletivo por Adesão Enfermaria com Copart	Uniflex Coletivo por Adesão Apartamento com Copart	Uniplano Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	15,00%	15,00%	15,00%
De 24 a 28 anos	15,02%	15,02%	15,02%
De 29 a 33 anos	15,00%	15,00%	15,00%
De 34 a 38 anos	10,00%	10,00%	10,00%
De 39 a 43 anos	15,02%	15,02%	15,02%
De 44 a 48 anos	27,35%	27,35%	27,35%
De 49 a 53 anos	33,00%	33,00%	33,00%
De 54 a 58 anos	33,01%	33,01%	33,01%
A partir de 59 anos	38,44%	38,44%	38,44%

11. Reajustes

Faixa etária	Uniplano Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo	Multiplan Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo	Multiplan Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo	Multiplan Referência Enfermaria sem Odontologia
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De 24 a 28 anos	15,02%	15,02%	15,02%	15,02%
De 29 a 33 anos	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De 34 a 38 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 39 a 43 anos	15,02%	15,02%	15,02%	15,02%
De 44 a 48 anos	27,35%	27,35%	27,35%	27,35%
De 49 a 53 anos	33,00%	33,00%	33,00%	33,00%
De 54 a 58 anos	33,01%	33,01%	33,01%	33,01%
A partir de 59 anos	38,44%	38,44%	38,44%	38,44%

ATENÇÃO

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos no contrato coletivo.

12.

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

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

12.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se as regras constantes no item 9.9. (“Cancelamento do Benefício ou Exclusão de Beneficiário(s)”) deste Manual.

12.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

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

ATENÇÃO

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

12.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO PLANO DE SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

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

12.

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

período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 10.4 (“Atraso e inadimplência”) no capítulo 10 (“Pagamento”) deste Manual, observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

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

ATENÇÃO

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

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

12.

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

12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

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

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

12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

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

- inexistência, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influenciado 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 declaradas na Declaração de Saúde.

12.

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

- fraude ou dolo.
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Unimed Fortaleza, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- inobservância das obrigações contratuais.

ATENÇÃO

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

13.

**Serviço adicional:
Unimed Urgente**

13. Unimed Urgente

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, ESTE PLANO DE SAÚDE OFERECE O SEGUINTE SERVIÇO ADICIONAL*, CONFORME INDICADO NESTE CAPÍTULO E EM “ANEXOS” DESTA MANUAL.

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

13.1. UNIMED URGENTE

13.1.1. DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO TERRESTRE DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA - UNIMED URGENTE

Consiste em atendimento ao beneficiário através de unidades móveis, UTI móvel (ambulância), para casos de urgência/emergência no local da ocorrência, onde, se necessário, far-se-á a remoção para hospital qualificado ao atendimento que o beneficiário necessitar; desde que, exclusivamente, o local da ocorrência e/ou a remoção esteja dentro da área urbana da cidade de Fortaleza/CE, observando-se as condições previstas e estabelecidas nos subitens de “A” a “K”:

- a. caracterização de urgência: situação na qual o beneficiário necessite de atendimento rápido, porém, sem risco iminente de vida. Caracterização de emergência: situação súbita de agravo à saúde que coloque em risco iminente a vida do beneficiário.
- b. será oferecido o atendimento telefônico com orientação médica, disponível 24 (vinte quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, para os casos clínicos simples que se enquadrem dentro dos critérios atuais de telemedicina.
- c. o beneficiário poderá utilizar, mediante solicitação prévia por telefone, o transporte terrestre realizado através de UTI Móvel (ambulância), para casos de atendimento de urgência e emergência, além de atendimento de primeiros-socorros, sendo a triagem para a utilização do serviço efetuada pelo médico plantonista de serviço na Central de Regulação.
- d. o atendimento previsto neste item será realizado pela Unimed Fortaleza em caso de ocorrência das seguintes patologias e especialidades, relacionadas exaustivamente:

I. alergologia:

1. reações alérgicas agudas com manifestações respiratórias; e

13. Unimed Urgente

2. choque anafilático e síndromes similares.

II. cardiologia:

1. infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas;
2. aneurisma dissecante da aorta;
3. obstruções das artérias com risco de complicação;
4. crise hipertensiva arterial com comprometimento sistêmico grave;
5. arritmias cardíacas agudas; e
6. choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico).

III. gastroenterologia:

1. hemorragias digestivas (alta e baixa); e
2. quadros abdominais agudos, inflamatórios, hemorrágicos perforativos, vasculares e obstrutivos.

IV. neurologia:

1. acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágicos (fase aguda);
2. traumatismo crânioencefálico (fase aguda);
3. traumatismo raquimedular (fase aguda);
4. aneurismas intracranianos rotos;
5. crises convulsivas de qualquer etiologia; e
6. hipertensão intracraniana.

V. pneumologia:

1. pneumotórax espontâneo;
2. derrames pleurais com comprometimento ventilatório; e

13. Unimed Urgente

3. estado de mal asmático.

VI. ginecologia e obstetrícia:

1. prenhez tubária rota; e
2. grandes hemorragias puerperais.

VII. traumatologia:

1. politraumatizado;
2. traumas de face com distúrbios de ventilação;
3. traumas de face com lesão no globo ocular;
4. traumatismos torácicos contusos e/ou penetrantes;
5. trauma de grandes vasos sanguíneos com necessidade de reparo cirúrgico imediato;
6. trauma abdominal contuso e/ou penetrante;
7. trauma extenso de parte moles; e
8. amputações traumáticas (após avaliação na Central).

VIII. diversos:

1. queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%;
2. queimaduras de vias aéreas;
3. acometimento sistêmico por corrente elétrica;
4. afogamento;
5. intoxicações exógenas involuntárias com alteração do sensório, da ventilação ou hemodinâmica; e
6. picadas de animais peçonhentos com risco de morte.

e. em razão da necessidade de limitação temporal, este serviço tem cobertura

13. Unimed Urgente

exclusiva correspondente à área urbana da cidade de Fortaleza, capital do Ceará, com a remoção feita, se necessário, para os hospitais credenciados da Unimed Fortaleza e/ou do SUS, desde que a ocorrência/remoção esteja localizada na área urbana da cidade de Fortaleza e com disponibilidade de atendimento.

f. a transferência para hospitais não credenciados pela Unimed Fortaleza, ou nos casos que excederem os limites contratuais, só será efetuada se o beneficiário ou seu responsável assumir integralmente a responsabilidade pelas despesas não cobertas elencadas neste manual, mediante assinatura de termo de responsabilidade e assunção de compromisso, antes da prestação deste serviço.

g. a triagem para a utilização do serviço será procedida pela Central de Regulação Médica (sistema de avaliação e controle de prioridade de atendimento) e obedecerá ao protocolo de regularização médica (regras técnicas sobre urgência, emergência e prioridade de atendimento), conferindo-se preferência aos casos de maior gravidade. O serviço deverá ser acionado através de contato telefônico com identificação inicial do beneficiário (nome completo, código da carteirinha de identificação e endereço) e, em seguida, será informada a decisão da realização do serviço procedida pelo médico da Central de Regulação.

h. a solicitação dos serviços também poderá ser feita pelo médico assistente responsável pelo beneficiário quando se tratar de transferências entre hospitais.

i. na impossibilidade de contato com o médico cooperado da Unimed Fortaleza, o médico plantonista do hospital de origem onde se encontra o beneficiário, deverá contatar o médico regulador para a solicitação e justificativa da transferência e/ou remoção. O serviço funcionará em regime de plantão 24 (vinte quatro) horas, inclusive domingos e feriados.

j. nas situações em que o atendimento se der no domicílio do beneficiário sem a necessidade de remoção deste a continuidade do atendimento clínico, a solicitação de exames e prescrição de outros medicamentos será feita pelo médico cooperado da Unimed Fortaleza em caráter eletivo e ambulatorial.

k. a Unimed Fortaleza não se responsabilizará por quaisquer danos ou complicações de

13. Unimed Urgente

beneficiários, em decorrência de demora do atendimento, ocasionados por situações adversas, alheias à sua vontade, nem por eventuais acidentes causados em decorrência do risco natural da remoção caso fortuito ou força maior.

13.1.2. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Ficam expressamente excluídos do Serviço de Atendimento Médico Terrestre de Urgência e/ ou Emergência - Unimed Urgente previsto neste Manual, dentre outro(a)(s):

1. atendimento para controle de tratamento ambulatorial;
2. condições ou serviços não cobertos nos contratos dos planos de saúde da Unimed Fortaleza e/ou que, à época de sua assinatura, não estejam disponíveis ou credenciados na área de atuação da relação contratual;
3. pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo;
4. casos psiquiátricos;
5. dores de dente;
6. alcoolismo crônico;
7. transporte para a realização de exames e alta hospitalar;
8. outros, a critério do médico cooperado da Unimed Fortaleza, quando não se verificar uma urgência/emergência médica;
9. transporte de doadores de órgãos e outras patologias que não se caracterizem como urgências ou emergências médicas;
10. atos médicos proibidos pela lei e pela ética médica;
11. distúrbios de comportamento que coloquem em risco a integridade dos condutores;
12. sessões de radioterapia, quimioterapia, hemodiálise;
13. doenças de notificação compulsória.

13. Unimed Urgente

13.1.3. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carências, que serão contados a partir da data de início de vigência de cada beneficiário, conforme condições estipuladas neste manual:

Prazo para aquisição do direito de uso	Serviço de Atendimento Médico Terrestre de Urgência e/ou Emergência - Unimed Urgente
30 (trinta) dias	Atendimento Médico Terrestre de Urgência e/ou Emergência

Anexo I
Plano Uniflex Coletivo por Adesão
Enfermaria com Copart

Plano Uniflex Coletivo por Adesão Enfermaria com Copart

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

UNIFLEX COLETIVO POR ADESÃO ENFERMARIA COM COPART

1.1.2. Código do plano

454.205/05-3

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende a Região Metropolitana de Fortaleza: Aquiraz, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Pindoretama e São Gonçalo do Amarante.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Uniflex Coletivo por Adesão Enfermaria com Copart

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. PORTA DE ENTRADA

A Unimed Fortaleza poderá se utilizar do mecanismo de regulação “Porta de Entrada”, que consiste na avaliação e no gerenciamento do encaminhamento do beneficiário aos centros de atendimento próprios da Unimed Fortaleza, para a realização de consultas, exames, internações clínicas e/ou cirúrgicas.

2.2. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a participação correspondente a um percentual de 20% (vinte por cento) na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas médicas e exames.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional “Unimed Urgente” constante no capítulo 13 deste Manual.

Anexo II
Plano Uniflex Coletivo por Adesão
Apartamento com Copart

Plano Uniflex Coletivo por Adesão Apartamento com Copart

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

UNIFLEX COLETIVO POR ADESÃO APARTAMENTO COM COPART

1.1.2. Código do plano

454.209/05-6

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 a Região Metropolitana de Fortaleza: Aquiraz, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Pacatuba, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pindoretama e São Gonçalo do Amarante.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Uniflex Coletivo por Adesão Apartamento com Copart

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. PORTA DE ENTRADA

A Unimed Fortaleza poderá se utilizar do mecanismo de regulação “Porta de Entrada”, que consiste na avaliação e no gerenciamento do encaminhamento do beneficiário aos centros de atendimento próprios da Unimed Fortaleza, para a realização de consultas, exames, internações clínicas e/ou cirúrgicas.

2.2. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a participação correspondente a um percentual de 20% (vinte por cento) na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas médicas e exames.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional “Unimed Urgente” constante no capítulo 13 deste Manual.

Anexo III
Plano Uniplano Coletivo por
Adesão Enfermaria Coparticipativo

Plano Uniplano Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

UNIPLANO COLETIVO POR ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO

1.1.2. Código do plano

450.605/04-7

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é 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 todos os municípios do Estado do Ceará.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Uniplano Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a participação correspondente a um percentual de 20% (vinte por cento) na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas médicas e exames.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional “Unimed Urgente” constante no capítulo 13 deste Manual.

Anexo IV
Plano Uniplano Coletivo por Adesão
Apartamento Coparticipativo

Plano Uniplano Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

UNIPLANO COLETIVO POR ADESÃO APARTAMENTO COPARTICIPATIVO

1.1.2. Código do plano

450.604/04-9

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é 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 todos os municípios do Estado do Ceará.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano Uniplano Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a participação correspondente a um percentual de 20% (vinte por cento) na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas médicas e exames.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional “Unimed Urgente” constante no capítulo 13 deste Manual.

Anexo V
Plano Multiplan Coletivo por
Adesão Enfermaria Coparticipativo

Plano Multiplan Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

MULTIPLAN COLETIVO POR ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO

1.1.2. Código do plano

450.608/04-1

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Multiplan Coletivo por Adesão Enfermaria Coparticipativo

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a participação correspondente a um percentual de 20% (vinte por cento) na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas médicas e exames.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional “Unimed Urgente” constante no capítulo 13 deste Manual.

Anexo VI
Plano Multiplan Coletivo por
Adesão Apartamento Coparticipativo

Plano Multiplan Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

MULTIPLAN COLETIVO POR ADESÃO APARTAMENTO COPARTICIPATIVO

1.1.2. Código do plano

450.609/04-0

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano Multiplan Coletivo por Adesão Apartamento Coparticipativo

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui o mecanismo de regulação de coparticipação, que é a participação correspondente a um percentual de 20% (vinte por cento) na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas médicas e exames.

03. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional “Unimed Urgente” constante no capítulo 13 deste Manual.

Anexo VII
Plano Multiplan Referência
Enfermaria sem Odontologia

Plano Multiplan Referência Enfermaria sem Odontologia

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

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

MULTIPLAN REFERÊNCIA ENFERMARIA SEM ODONTOLOGIA

1.1.2. Código do plano

425.856/99-8

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é referência.

Plano Multiplan Referência Enfermaria sem Odontologia

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

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

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

- a. urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- b. emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

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

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

Plano Multiplan Referência Enfermaria sem Odontologia

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

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

02. SERVIÇO ADICIONAL

Este benefício possui o serviço adicional “Unimed Urgente” constante no capítulo 13 deste Manual.

USE BEM, USE SEMPRE

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

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

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

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

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



Central de Atendimento 24h Unimed Fortaleza

(85) 4020-1818

0800-275-1818

0800-286-2020

Para portadores de necessidades
especiais auditivas ou de fala

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Fortaleza:

ANS nº 317144



3.11.21.23.00009

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173

C. fev/2020-00005 | I. fev/2020