

Manual do Beneficiário

Plano de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão

PLANO DE SAÚDE
**COLETIVO
POR
ADESÃO**

Regulamentado pela
Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS

Entenda como foi viabilizado o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESAO

BENEFICIÁRIO

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

OPERADORA

A Operadora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Operadora deste plano de saúde é a Unimed Nova Friburgo, fundada em 1975, que está integrada ao Sistema Nacional Unimed e 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 ADESAO** com a Unimed Nova Friburgo, 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 Nova Friburgo:
ANS nº 335479



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 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. 13
- 04.** Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 18
- 05.** Exclusões de cobertura _____ pág. 35
- 06.** Validação prévia de procedimentos _____ pág. 39
- 07.** Carências _____ pág. 41
- 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. 62

Anexos

Anexo I: Plano ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTICIPAÇÃO ____ pág. 67

Anexo II: Plano ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTICIPAÇÃO ____ pág. 71

Anexo III: Plano UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF) _____ pág. 75

Anexo IV: Plano UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO) ____ pág. 79

Anexo V: Plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADESAO ____ pág. 83

Anotações _____ pág. 88

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 Nova Friburgo.

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

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

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

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

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

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

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

CANAIS DE CONTATO COM A QUALICORP:

Centrais de Atendimento por telefone

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

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

Demais regiões: **0800-16-2000**

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

Central de Atendimento para Deficientes Auditivos

0800-014-4800 (Deficientes auditivos)

Expediente: 24 horas, todos os dias.

SAC

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

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

Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

Central de Atendimento Pessoal*

São Paulo

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

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

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

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

Ouvidoria

www.qualicorp.com.br/ouvidoria

Redes Sociais

www.facebook.com/Qualicorp

Segunda a sexta: 8h às 17h

WhatsApp

(11) 4004-4400

Canal do cliente

www.qualicorp.com.br/canalcliente

24h por dia, 7 dias por semana.

APP

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



Baixe nosso aplicativo

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



02.

A contratação coletiva do plano de saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SAÚDE, COLETIVO POR ADEÇÃO, CELEBRADO COM A UNIMED NOVA FRIBURGO 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 Nova Friburgo e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Unimed Nova Friburgo Soc. Coop. Serv. Med. Hosp. Ltda. (ANS n.º 335479)
Administradora de Benefícios/Contratante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS n.º 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a “Proposta”), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a Administradora de Benefícios para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde.

ATENÇÃO

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

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

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

2.1.2. QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

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

- Cônjuge ou companheiro(a);*
- Filho(a) solteiro(a) ou casado(a) de qualquer idade, desde que sua inclusão no benefício ocorra até 40 (quarenta) anos incompletos;*
- Filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade;*
- Enteadado(a) solteiro(a) ou casado(a) de qualquer idade, desde que sua inclusão no benefício ocorra até 40 (quarenta) anos incompletos;*
- Neto(a) solteiro(a) de qualquer idade, desde que sua inclusão no benefício ocorra até 18 (dezoito) 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.*

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 Nova Friburgo vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser

02.

A contratação coletiva do plano de saúde

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 Nova Friburgo 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 Nova Friburgo poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, seja pela Unimed Nova Friburgo 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 5 (cinco) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

Categoria de plano	Código da ANS
ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTICIPACAO	469.402/13-3
ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTICIPACAO	469.736/13-7
UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF)	415.928/99-4
UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)	415.929/99-2
REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADEÇÃO	455.706/07-9

ATENÇÃO

Os planos podem se diferenciar pela lista de prestadores cooperados, credenciados ou contratados da Unimed Nova Friburgo, bem como pela sua segmentação assistencial, pela sua abrangência geográfica e sua acomodação em caso de internação. 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 DUAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO, CONFORME INDICADO, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

3.1. ATENDIMENTO NA REDE COOPERADA E CREDENCIADA DA UNIMED NOVA FRIBURGO

A Unimed Nova Friburgo coloca à disposição do beneficiário uma rede cooperada e assistencial, formada por médicos cooperados, prestadores próprios, credenciados ou contratados, como rede direta ou indireta, exclusivamente na área de abrangência do plano contratado. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Salienta-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela Qualicorp (os valores estão detalhados no anexo V deste Manual).

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

ATENÇÃO

A rede credenciada Básica da Unimed Nova Friburgo não inclui os denominados Hospitais de Alto Custo, seja da Operadora ou de outra cooperativa integrante do Sistema Nacional Unimed. Os beneficiários poderão ter acesso à relação desses prestadores por meio dos canais de atendimento da Unimed Nova Friburgo.



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A Unimed Nova Friburgo disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado. Para facilitar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade (RG) devem ser apresentados aos médicos cooperados, prestadores próprios, credenciados ou contratados no ato da solicitação do

serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual.



GUIA MÉDICO

A lista de prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas, é disponibilizada pela Unimed Nova Friburgo. Por estar sujeita a alterações, é atualizada quando necessário pela Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A solicitação de lista de prestadores pode ser feita à Unimed Nova Friburgo, por meio dos telefones (22) 2519-8100 e 0800-970-9039. A lista de prestadores pode ser consultada também pelo *site* **www.unimed.coop.br/novafriburgo**.

3.1.1. COMO REALIZAR CONSULTAS

1. Consulte o *Guia Médico* da Unimed Nova Friburgo 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 Nova Friburgo e de sua cédula de identidade (RG).

3.1.2. COMO REALIZAR EXAMES

1. Consulte o *Guia Médico* da Unimed Nova Friburgo e escolha o laboratório cooperado ou 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 Nova Friburgo e de sua cédula de identidade (RG).

ATENÇÃO

Salienta-se que a realização de todos os procedimentos, à exceção de consultas médicas, exames e procedimentos básicos, está condicionada à validação prévia da Unimed Nova Friburgo.

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

3.1.3. COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

1. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado assistente entregará a você a Guia de Internação Prévia devidamente preenchida;
2. Antes da internação eletiva, entregue a Guia de Internação Prévia ao prestador escolhido da rede credenciada vinculado ao plano contratado;
3. No dia marcado, dirija-se ao hospital, munido da Guia de Internação e também de seu cartão de identificação válido Unimed Nova Friburgo e de sua cédula de identidade (RG).

ATENÇÃO

Salienta-se que todas as internações e demais procedimentos hospitalares dependem de validação prévia por parte da Unimed Nova Friburgo. O procedimento de validação prévia irá variar conforme os casos eletivos ou os de urgência e emergência. 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 Nova Friburgo ou entre em contato com a Unimed Nova Friburgo, pelo telefone **0800-970-9039**.

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

Unimed Nova Friburgo 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 Nova Friburgo.

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

No caso de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não existam prestadores que integram a rede credenciada contratada ou 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 Manual, 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, mediante declaração por escrito do beneficiário ou quem por ele responda, 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 Nova Friburgo não se responsabiliza pelo reembolso de nenhum serviço utilizado fora daqueles pertinentes ao 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.

3.3. MECANISMO DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO

O plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADESÃO apresentado neste Manual possui entre os seus mecanismos de regulação a coparticipação, que é a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de exames e procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento. Para saber os percentuais que serão cobrados para cada procedimento, consulte, neste Manual, o “Anexo” referente à sua categoria de plano.

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

- Consultas: os beneficiários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados ou nos serviços de emergências próprios, credenciados ou contratados, direta ou indiretamente, disponíveis na área de abrangência do plano de saúde contratado.
- Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados, direta ou indiretamente, na área de abrangência do plano de saúde contratado.
- Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede própria, credenciada ou contratada, direta ou indiretamente, na área de abrangência do plano de saúde contratado.
- Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento:
 - I. planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - II. concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

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

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

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

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

- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
- Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- O atendimento assegurado, independentemente da circunstância e do local de origem

do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Para fins de cobertura obrigatória, de acordo com o plano contratado, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

- Cobertura dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.
- 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 a segmentação assistencial do plano contratado, os prazos de carência e a Cobertura parcial temporária (CPT).

A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN n.º 259, de 2011, e posteriores alterações.

O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

- Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como procedimentos estéticos,

inseminação artificial, transplantes não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitadas a segmentação do plano contratado e os prazos de carência e Cobertura parcial temporária (CPT).

ATENÇÃO

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura disposta neste Manual, como internação em leito de terapia intensiva após a realização de transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da Unimed Nova Friburgo.

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

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

- Cobertura para o tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.
- Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), respeitadas as condições de credenciamento, referenciamento ou qualquer tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde.
- Cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em

que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

- I. a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
- II. a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto n.º 8.077, de 14 de agosto de 2013.

4.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
- Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.
- Cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, na forma prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o limite de consultas ou sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

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

04.

Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de hemoterapia ambulatorial.
-

ATENÇÃO

Os procedimentos que possuem limitação conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, serão contados por ano de vigência do contrato coletivo firmado entre a Unimed Nova Friburgo e a Qualicorp, não cumulativos.

4.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- Cobertura de internações hospitalares, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as modalidades de internação hospitalar, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional em casos de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.
-

ATENÇÃO

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de vigência do contrato coletivo*, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sobre o valor dos serviços utilizados.

** Contrato Coletivo firmado entre a Unimed Nova Friburgo e a Qualicorp.*

- Cobertura de cirurgia odontológica bucomaxilofacial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico (atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção), realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, bem como o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico

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

- Cobertura dos 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 nas coberturas previstas no contrato.
- Cobertura das diárias decorrentes de internação hospitalar, desde que justificada pelo médico assistente a necessidade de internação.
- Cobertura de toda e qualquer taxa relacionada aos procedimentos da internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados.
- Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar credenciados, a critério do médico assistente, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.
- Cobertura de despesas referentes a honorários de médicos cooperados até a alta hospitalar.
- Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação do plano contratado.
- Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular e domiciliar.

- Cobertura de alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital ao beneficiário internado, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.
- Cobertura de exames complementares, indispensáveis para elucidação diagnóstica e para o controle da evolução da doença, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e suas atualizações.
- Cobertura do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e gases medicinais cobertos e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- Cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:
 - I. a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
 - II. a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto n.º 8.077, de 14 de agosto de 2013.
- Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
 - a. crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b. idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; e
 - c. pessoas com deficiência.
- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b. 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 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;
- c. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - I. 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
 - II. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.
- d. procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- e. hemoterapia;
- f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos de hemodinâmica;
- g. nutrição parenteral ou enteral;
- h. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

- i. radiologia intervencionista;
 - j. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
 - l. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos beneficiários pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, excetuando-se o fornecimento de medicação de manutenção.
- Cobertura de inclusão de procedimentos para anticoncepção, dentre eles inserção de DIU, vasectomia e ligadura tubária, onde os dois últimos procedimentos deverão observar os termos da Lei n.º 9.263/96.
 - Cobertura de órteses e próteses vinculadas essenciais ao ato cirúrgico, nacionais e importadas, desde que sejam nacionalizadas e com registro na ANVISA. No caso das importadas, somente se não houver similar nacional, podendo a Operadora fornecer diretamente ou autorizar seu fornecimento por terceiros por ela determinados.
- I. o profissional requisitante deverá indicar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.
 - II. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Operadora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.
 - III. em caso de divergência 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.
 - IV. o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados por parte da Operadora para composição da junta médica.

ATENÇÃO

Na hipótese de o beneficiário optar pela utilização de órtese e prótese importada e/ou diversa da definida ou autorizada, após a solução da divergência acima, a responsabilidade financeira da Operadora será limitada ao valor da órtese e prótese por ela fornecida ou autorizada, cabendo a diferença ao beneficiário.

- Cobertura dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, observadas as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e dos procedimentos vinculados, incluindo:
 - a. as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b. os medicamentos utilizados durante a internação; e
 - c. o acompanhamento clínico em todo o período, pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto fornecimento de medicação de manutenção e despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- I. os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente. Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgão e tecidos provenientes de doador cadáver, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei n.º 9.656/1998, incluído pela Lei n.º 10.223, de 2001).
- Cobertura de cirurgias reparadoras de órgãos e funções.
- Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos mentais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

Entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, e que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS e vigentes no momento do atendimento.

4.1.3. COBERTURA OBSTÉTRICA

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

- Cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.
- Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
 - a. pré-parto;
 - b. parto; e
 - c. pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, vedada qualquer alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) ou aplicação de Cobertura parcial temporária (CPT).

ATENÇÃO

A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o beneficiário titular (pai ou mãe ou representante legal) tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Caso o beneficiário (pai ou mãe ou representante legal) não tenha cumprido o prazo de

carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo beneficiário.

4.1.4. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

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

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

Urgência é o evento resultante de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

- Cobertura, sem restrições, para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do beneficiário no contrato.
- Cobertura dos atendimentos de urgência e emergência relacionados ao processo gestacional, após o cumprimento pela beneficiária, da carência de 180 (cento e oitenta) dias. Caso a beneficiária esteja em cumprimento de carência para internação, será garantido o atendimento ambulatorial, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, ainda que em ambiente hospitalar, ou ainda, em prazo inferior, se ficar caracterizada a necessidade de internação, não estando cobertas as internações clínicas, cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, nem os procedimentos ainda sujeitos ao cumprimento de carência.
- Cobertura nos demais casos, estando o beneficiário em cumprimento de carência, será garantido o atendimento ambulatorial, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, ainda que em ambiente hospitalar, ou ainda, em prazo inferior, se ficar caracterizada a necessidade de internação, não estando cobertas as internações clínicas, cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, nem os procedimentos ainda sujeitos ao cumprimento de carência.
- Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade

de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças ou lesões preexistentes (DLP).

- Atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.
- A garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

4.1.4.1. REMOÇÃO

- Será garantida a cobertura para a remoção apenas quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado.
- A Operadora fica responsável pela remoção terrestre entre hospitais, para unidade de atendimento da rede do plano, após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pelo hospital em que o beneficiário se encontrava e houver a necessidade da continuidade de atenção ao beneficiário.
- A Operadora fica responsável também pela remoção terrestre, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência do beneficiário em cumprimento de carência ou de cláusula de Cobertura parcial temporária (CPT) quando necessária a continuidade de assistência ao beneficiário, sendo assegurada a transferência para um estabelecimento hospitalar da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).
- A Operadora assegura a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às Doenças e lesões preexistentes (DLP).

- Quando não possa haver remoção para outro estabelecimento hospitalar da rede do SUS por risco de vida, o beneficiário e o prestador deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus.
- Quando o paciente beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade hospitalar diferente da definida no contrato, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- Na remoção, a Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, cessando sua responsabilidade sobre o paciente beneficiário quando efetuado o registro na unidade do SUS.
- Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

ATENÇÃO

As coberturas referidas no item 4.1.4. (“Emergências e urgências”) e 4.1.4.1. (“Remoção”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADESAO. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

4.1.4.2. REEMBOLSO EXCLUSIVAMENTE EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- A Unimed Nova Friburgo garantirá o reembolso, no limite das obrigações contratuais previstas nesse item, das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou seus dependentes, com assistência à saúde, nos casos de urgência ou emergência, quando não foi possível a utilização de serviços nos prestadores que integram a rede credenciada contratada, mediante declaração por escrito do beneficiário ou quem por ele responda, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano contratado.
- O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência

praticada pela Unimed Nova Friburgo, que inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos e fica à disposição do beneficiário na sede e no portal eletrônico da Operadora.

ATENÇÃO

O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora junto à sua rede credenciada básica para o plano contratado, vigentes à data do evento a ser reembolsado.

O prazo para a Operadora efetuar o reembolso será no máximo de 30 (trinta) dias, a contar da entrega dos seguintes documentos a serem obrigatoriamente apresentados em original:

- a. solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
 - b. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
 - c. conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
 - d. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
 - e. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- Após a análise dos documentos, caso seja o reembolso apenas parcial, a Operadora os devolverá para o beneficiário, juntamente com o pagamento.
 - Apenas serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
 - O beneficiário terá até 12 (doze) meses, contados da data do evento de urgência e emergência, para solicitar o reembolso, após esse prazo, o beneficiário perderá o seu direito ao reembolso.

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. Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- 5.2. Tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais, exames, medicamentos importados não nacionalizados, próteses e órteses importadas não nacionalizadas ou ainda não reconhecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 5.3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental é aquele que:
 - a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou
 - c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
- 5.4. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.5. Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declarados pela autoridade competente;
- 5.6. Vacinas, nacionais ou importadas;
- 5.7. Materiais, medicamentos, próteses (qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido) e órtese (qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligado ao ato cirúrgico, os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram ato cirúrgico) não prescritos pelo médico assistente ou ainda divergentes da definição do parecer de junta médica,

05.

Exclusões de cobertura

especialmente convocada no caso de impasse na autorização;

- 5.8. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferências intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 5.9. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 5.10. Cirurgias plásticas, exceto as cirurgias plásticas reparadoras. A cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei n.º 9.656/1998, incluído pela Lei n.º 10.223/2001);
- 5.11. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos em SPAs, clínicas de obesidade, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais; tratamentos ou cirurgias com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas;
- 5.12. Necropsia e medicina ortomolecular;
- 5.13. Aparelhos ortopédicos não ligados ao ato cirúrgico, tais como botas, muletas, tipoias etc.;
- 5.14. Materiais de síntese, próteses e órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 5.15. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, em regime privativo ou domiciliar e medicamentos para uso domiciliar;
- 5.16. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;
- 5.17. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, inclusive o denominado home care;

05.

Exclusões de cobertura

- 5.18. Despesas assistenciais não vinculadas diretamente à cobertura do plano contratado;
- 5.19. Transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- 5.20. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 5.21. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da rede assistencial e da área geográfica de abrangência contratada, no Brasil e exterior;
- 5.22. Atendimento e tratamentos odontológicos, de qualquer natureza, estando coberta tão somente a cirurgia bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar;
- 5.23. Artigos de hotelaria hospitalar, exceto produtos de toalete e higiene pessoal, do paciente e do acompanhante;
- 5.24. Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- 5.25. Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não assistentes ou entidades não credenciadas pela Operadora, salvo nos casos de urgência e emergência em que não houver possibilidade de utilização da rede credenciada, na forma do artigo 12, VI, da Lei n.º 9.656/98, caso em que as despesas deverão ser reembolsadas, na forma prevista neste Manual;
- 5.26. Serviços realizados em desacordo com o disposto no contrato coletivo e nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- 5.27. Quaisquer procedimentos para fins estéticos, incluindo cirurgias oftalmológicas;
- 5.28. Exames admissionais, demissionais e periódicos, para fins de contrato de trabalho;
- 5.29. Despesas com remoção de um estabelecimento médico-hospitalar (hospitais e/

05. Exclusões de cobertura

ou clínicas) para residência e vice-versa, bem como remoção para realização de exames e/ou procedimentos, também chamado taxiamento;

- 5.30. Tratamento esclerosante de varizes e RPG;
- 5.31. Despesas de acompanhantes, excepcionada a acomodação e alimentação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e para idosos a partir dos 60 (sessenta anos), bem como para pessoas com deficiência, conforme indicação do médico assistente;
- 5.32. Medicamentos ou qualquer insumo para uso domiciliar, excetuando-se os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar que constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, bem como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, na forma estabelecida contratualmente;
- 5.33. Quaisquer procedimentos que não estejam previstos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou incluídos expressamente no contrato coletivo.

PARA A REALIZAÇÃO DE TODOS OS PROCEDIMENTOS COBERTOS E PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, DA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, SERÁ NECESSÁRIA A SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO PRÉVIA, EXCETO PARA CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS BÁSICOS. A VALIDAÇÃO PRÉVIA SERÁ CONCEDIDA PELA UNIMED NOVA FRIBURGO APÓS ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES ESPECIFICADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE.

6.1. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Para todos os exames de alta complexidade e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia o beneficiário deverá solicitar a autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

A Operadora definirá os exames e procedimentos que necessitam de validação prévia, cuja relação poderá ser obtida periodicamente pelo beneficiário na sede da Operadora.

6.2. INTERNAÇÕES E DEMAIS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES

Todas as internações e demais procedimentos hospitalares deverão ser autorizados pela Unimed Nova Friburgo, variando o procedimento conforme os casos eletivos ou os de urgência e emergência.

As internações hospitalares de caráter eletivo serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente. Com base no pedido firmado por médico cooperado assistente, a Unimed Nova Friburgo emitirá guia de internação prévia, que deverá ser encaminhada pelo beneficiário ao prestador do atendimento por ele escolhido dentro da rede credenciada vinculada ao plano contratado.

Nos casos de urgência ou emergência, a autorização poderá ser obtida por telefone, pelo prestador do atendimento, através de senha autorizadora, disponibilizada pela Central de Atendimento da Operadora.

ATENÇÃO

Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá

06.

Validação prévia de procedimentos (VPP)

o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da internação, para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a validação prévia, sob pena de a Unimed Nova Friburgo não se responsabilizar por quaisquer despesas.

6.3. REMOÇÕES

Não serão cobertas as despesas de remoção sem a prévia validação da Unimed Nova Friburgo.

ATENÇÃO

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

COMO SOLICITAR VALIDAÇÃO PRÉVIA

Entre em contato com a Central de Atendimento da Unimed Nova Friburgo, por meio do telefone abaixo ou dirija-se pessoalmente à sede da Operadora.

- Central de atendimento: **(22) 2519-8100**
 - Sede da Operadora: Rua Prudente de Moraes, 60, Vila Nova – Unimed Nova Friburgo – RJ
-

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 Nova Friburgo e a Qualicorp.*

7.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

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

Item	Descrição	Prazo de Carência
I	Acidentes pessoais.	24 (vinte e quatro) horas
II	Urgência e emergência, inclusive obstétrica – atendimento ambulatorial durante o prazo de carência e/ou cobertura parcial temporária, nos termos de Resolução CONSU 13/98 e Súmula 25/ANS.	24 (vinte e quatro) horas
III	Consultas e exames/procedimentos básicos de diagnóstico e terapia.	30 (trinta) dias
IV	Fisioterapia.	90 (noventa) dias
V	Exames/procedimentos especiais de diagnóstico e terapia.	180 (cento e oitenta) dias
VI	Cirurgias ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas.	180 (cento e oitenta) dias

07.

Carências

Item	Descrição	Prazo de Carência
VII	Exames/procedimentos que exijam internação.	180 (cento e oitenta) dias
VIII	Exames/procedimentos que não estejam relacionados anteriormente, mas que estejam incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente no momento do atendimento e não estejam excluídos de cobertura.	180 (cento e oitenta) dias
IX	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

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

É assegurada a inclusão do cônjuge ou companheiro com isenção do cumprimento dos prazos de carências, desde que a inscrição no plano de saúde ocorra em até 30 (trinta) dias da data da vinculação do beneficiário titular ao plano ou, em até 30 (trinta) dias da data do casamento ou declaração de união estável.

Inclusão do recém-nascido:

- É assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:
 - a. a inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
 - b. a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
 - c. o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano.
- É assegurada a inclusão do recém-nascido sob guarda ou tutela do responsável legal,

07.

Carências

inscrito no plano em até 30 (trinta) dias da tutela ou da guarda.

- Ao recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias, nas formas dispostas anteriormente, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, será considerado para fins de aplicação de carência, o que segue:

a. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

b. caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

- Não é possível a alegação de Doença ou lesão preexistente (DLP) quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar do nascimento, da guarda, tutela ou adoção. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de Cobertura parcial temporária (CPT).

ATENÇÃO

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

Inclusão do menor de 12 (doze) anos:

- É assegurada a inclusão do menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário, ou sob guarda ou tutela deste e inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.
- É assegurada a inclusão do menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
- Não é possível a alegação de DLP quando o menor de 12 (doze) anos for inscrito nos

07.

Carências

primeiros 30 (trinta) dias a contar da guarda, tutela, adoção ou do reconhecimento de paternidade. Após este prazo, poderá ocorrer arguição de DLP, bem como a imposição de CPT.

ATENÇÃO

A inscrição do filho menor, nas formas dispostas anteriormente, observarão as condições de elegibilidade previstas neste Manual.

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

7.1.1. REDUÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Em determinados casos, alguns dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 7.1. (“Prazos de carência”) deste Manual poderão ser reduzidos. Essa 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 Nova Friburgo no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). Salienta-se que a possibilidade de redução de carências é analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente) elegível a essa redução, e que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Unimed Nova Friburgo, 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.

07. Carências

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

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

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

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato coletivo, ou a qualquer tempo, o conhecimento de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de credenciados, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- É vedada a alegação de omissão de informação de Doenças ou lesões preexistentes (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano de assistência à saúde.
- 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.

08. Cobertura parcial temporária (CPT)

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

- A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de 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.

9.

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 CPF do cônjuge;
- d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- e. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;
- f. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

9.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

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

9.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

- a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

9.

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 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) OU CASADOS(AS) DE QUALQUER IDADE, DESDE QUE SUA INCLUSÃO NO BENEFÍCIO OCORRA ATÉ 40 (QUARENTA) ANOS INCOMPLETOS.

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

c. cópia do RG (se houver);

d. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

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

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

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

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

a. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

b. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

c. cópia do RG (se houver);

9.

Alterações cadastrais

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

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

9.6. INCLUSÃO DE NETOS(AS) SOLTEIROS(AS) DE QUALQUER IDADE, DESDE QUE SUA INCLUSÃO NO BENEFÍCIO OCORRA ATÉ 18 (DEZOITO) 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 netos(as) a partir de 8 (oito) anos, somar cópia do CPF.

9.7. INCLUSÃO DE MENOR SOLTEIRO(A) 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);

9.

Alterações cadastrais

- 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) ou casado(a) e desde que sua inclusão no benefício ocorra até 40 (quarenta) anos incompletos.*

9.8. INCLUSÃO DE ENTEADO(A) SOLTEIRO(A) OU CASADO(A) DE QUALQUER IDADE, DESDE QUE SUA INCLUSÃO NO BENEFÍCIO OCORRA ATÉ 40 (QUARENTA) ANOS INCOMPLETOS:

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

9.

Alterações cadastrais

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

ATENÇÃO

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

9.9. 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
- 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;

9.

Alterações cadastrais

- 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 categoria superior (*upgrade*) quanto para categoria inferior (*downgrade*) somente poderá ser solicitada para outro plano com a mesma abrangência geográfica (veja a seguir, neste Manual, o quadro com as opções de transferências entre planos).

A transferência será realizada sempre no mês de outubro, respeitadas as demais regras vigentes neste benefício. Salienta-se que a solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular.

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

Quando da transferência do beneficiário titular e seus beneficiários dependentes para um plano com mais benefícios (*upgrade*), será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo plano. O beneficiário que fizer esta opção deverá cumprir as carências de 6 (seis) meses para a nova acomodação e para a nova rede credenciada.

9.

Alterações cadastrais

A transferência do beneficiário titular e seus beneficiários dependentes para um plano com menos benefícios (downgrade) poderá ser realizada sem o cumprimento de novas carências contratuais, excetuando-se os prazos restantes de carência que ainda não tiverem sido cumpridos.

Opção de transferência para plano com abrangência Estadual

Para categoria superior (*upgrade*):

De	Para
ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTIPAÇÃO	ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTIPAÇÃO

Para categoria inferior (*downgrade*):

De	Para
ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTIPAÇÃO	ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTIPAÇÃO

Opção de transferência para plano com abrangência Nacional

Para categoria superior (*upgrade*):

De	Para
UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF)	UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)

Para categoria inferior (*downgrade*):

De	Para
UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)	UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF)

ATENÇÃO

A possibilidade de transferência de plano não se aplica ao plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADESAO

9.

Alterações cadastrais

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-adotados ou recém-casados, se forem incluídos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento, da adoção, do casamento ou da união estável, respectivamente. Excetua-se também a solicitação de transferência de plano, cujo prazo próprio consta do item 9.12. ("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 NOVA FRIBURGO 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 Nova Friburgo.

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

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

10. Pagamento

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

10.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

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

10.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 9.11., “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 plano contratado e desde que o evento tenha sido realizado até a data do efetivo cancelamento do benefício. Tais despesas de coparticipação serão cobradas do beneficiário titular, de acordo com a opção de pagamento indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), assim que a Qualicorp receber a definição do valor dessas mesmas despesas.

11.

Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE 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 Nova Friburgo para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Unimed Nova Friburgo.

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

O reajuste financeiro será aplicado anualmente e terá por base a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) ou outro índice que venha substituí-lo, acumulado nos últimos 12 (doze) meses, 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	ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTICIPACAO	ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTICIPACAO	UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF)	UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)	REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADESAO
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	22,98%	22,98%	22,98%	22,98%	22,98%
De 24 a 28 anos	18,94%	18,94%	18,94%	18,94%	18,94%
De 29 a 33 anos	7,25%	7,25%	7,25%	7,25%	7,25%
De 34 a 38 anos	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%
De 39 a 43 anos	16,30%	16,30%	16,30%	16,30%	16,30%
De 44 a 48 anos	29,46%	29,46%	29,46%	29,46%	29,46%
De 49 a 53 anos	31,36%	31,36%	31,36%	31,36%	31,36%
De 54 a 58 anos	37,67%	37,67%	37,67%	37,67%	37,67%
A partir de 59 anos	35,23%	35,23%	35,23%	35,23%	35,23%

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 DESTES PLANOS DE SAÚDE.

12.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a exclusão de sua própria adesão ao contrato coletivo, de acordo com os normativos da legislação em vigor. A solicitação da exclusão de beneficiário(s) dependente(s) ou do beneficiário titular deve necessariamente ser feita pelo próprio beneficiário titular, respeitando-se as regras constantes no item 9.9. ("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 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

12.

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

restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 10.4. (“Atraso e inadimplência”) deste Manual, observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

12.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

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

ATENÇÃO

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

12.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

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

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

12.

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

12.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

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

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

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

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou tampouco na aceitação de qualquer pagamento previsto na Proposta.
- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declaradas na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Unimed Nova Friburgo, 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 Nova Friburgo.

Anexo I
Plano ESTADUAL - ENFERMARIA
SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTICIPAÇÃO

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTICIPAÇÃO

1.1.2. Código do plano

469.402/13-3

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 Estadual.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende o Estado do Rio de Janeiro.

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 ESTADUAL - ENFERMARIA SEM COPARTICIPAÇÃO

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 de saúde não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

Anexo II
Plano ESTADUAL - APARTAMENTO
SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTICIPAÇÃO

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTICIPAÇÃO

1.1.2. Código do plano

469.736/13-7

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 o Estado do Rio de Janeiro.

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 ESTADUAL - APARTAMENTO SEM COPARTICIPAÇÃO

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 de saúde não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

Anexo III
Plano UNIPLAN NACIONAL
(S/ PART - ENF)

Plano UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF)

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF)

1.1.2. Código do plano

415.928/99-4

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n.º 9.656/98 e em sua regulamentação, é 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 UNIPLAN NACIONAL (S/ PART - ENF)

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 de saúde não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

Anexo IV
Plano UNIPLAN NACIONAL
(S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)

Plano UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)

1.1.2. Código do plano

415.929/99-2

1.2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

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

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

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

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

Plano UNIPLAN NACIONAL (S/ PARTICIPAÇÃO - QUARTO)

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 de saúde não possui coparticipação, exceto para internação psiquiátrica.

Anexo V
Plano REFERÊNCIA - LOCAL -
COLETIVO POR ADESÃO

Plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADEÇÃO

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS E AOS SERVIÇOS INDICADOS NOS CAPÍTULOS 1 A 12 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PLANO DE SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. INFORMAÇÕES DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.1.1. Nome comercial

REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADEÇÃO

1.1.2. Código do plano

455.706/07-9

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 Grupo de Municípios.

1.3. ÁREA DE ATUAÇÃO

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

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os Municípios de: Cachoeiras de Macacu, Nova Friburgo, Bom jardim, Cordeiro, Cantagalo, Carmo, Duas Barras, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Trajano de Moraes e Macuco.

1.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

Plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADEÇÃO

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

1.5. ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

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

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

1.6. COBERTURA PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Além das coberturas previstas no capítulo 4 (“Coberturas e procedimentos garantidos”) deste Manual, a cobertura assistencial de que trata o Plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADEÇÃO 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 e urgências obstétricas, fica garantida a cobertura, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do benefício.

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 REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADEÇÃO

1.6.1. Remoção

Será garantida a cobertura para a remoção apenas quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado previsto neste Manual.

A Operadora fica responsável pela remoção do beneficiário, para unidade de atendimento da rede do plano após a realização dos atendimentos, classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente beneficiário.

Nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados às DLP, será garantida a remoção do beneficiário, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, para uma unidade integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Na remoção, a Operadora disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

Quando o paciente beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da especificada no artigo anterior, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus.

Plano REFERÊNCIA - LOCAL - COLETIVO POR ADEÇÃO

02. MECANISMO DE REGULAÇÃO

2.1. COPARTICIPAÇÃO

É a parcela financeira devida pelo beneficiário sempre que houver a realização de exames e procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, realizados em regime ambulatorial. Para este plano, a cobrança para cada procedimento se dará de acordo com a tabela a seguir:

Procedimentos	Coparticipação
Exames e procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, realizados em regime ambulatorial.	50% do valor do evento, limitado a R\$ 150,00

Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.

Anotações

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

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 Nova Friburgo 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 Nova Friburgo ou a Qualicorp.

**Central de Atendimento
Unimed Nova Friburgo**

0800-970-9039

(22) 2519-8100

**Central de Serviços
Qualicorp**

4004-4400

Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000

Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002

Todo o Brasil

Unimed Nova Friburgo:

ANS nº 335479

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173



3.11.75.43.00001

C. fev/2020-00002 | 1. fev/2020