

Guia do Consultor

Premium | Minas Gerais








Entidades | Públicos

Estas são as entidades para as quais a Qualicorp oferece, em condições especiais, o seguro-saúde coletivo por adesão SulAmérica. Os profissionais devidamente registrados em sua respectiva entidade podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais.


	FECOMÉRCIO-MG Federação do Comércio do Estado de Minas Gerais Empregador do Comércio	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os empregadores (sócios pessoas-físicas) de empresa, com no mínimo 12 meses de constituição, do ramo do comércio, bens e serviços representada por um sindicato filiado a Federação do Comércio do Estado de Minas Gerais (FECOMÉRCIO-MG).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia do contrato social ou cópia da última alteração do mesmo, que comprove vínculo societário com a empresa do ramo do comércio de bens, serviços e turismo representada por um sindicato filiado à FECOMÉRCIO-MG.

	SECBHRM Sindicato dos Empregados no Comércio de Belo Horizonte e Região Metropolitana Empregado do Comércio	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os empregados de empresas representados pelo Sindicato dos Empregados no Comércio de Belo Horizonte e Região Metropolitana.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da carteira de trabalho (CTPS) e cópia da declaração original de associado emitida pela entidade ou cópia da carteira de trabalho (CTPS) e cópia do comprovante de pagamento da contribuição em favor do sindicato ou cópia da carteira de trabalho (CTPS) com CNPJ completo da empresa cujo segmento econômico seja representado pelo SECBHRM.


	UBES União Brasileira dos Estudantes Secundaristas Estudante Secundarista	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os estudantes matriculados nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, regulares e supletivos, públicos e privados, bem como cursos técnicos e pré-vestibulares do País associados à União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da carteirinha de associação- UBES (recente) ou declaração em papel timbrado com a informação do CNPJ (impresso ou carimbo) da instituição de ensino para comprovar o vínculo retroativo no máximo a 6 meses ou o comprovante de pagamento da mensalidade quitado de no máximo dois meses. OBS: Escolas públicas podem não ter a informação do CNPJ ou cópia da mensalidade escolar (recente) ou cópia da matrícula ou carteirinha escolar (recente).

	UNE União Nacional dos Estudantes Estudante Universitário	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os estudantes de graduação do ensino superior associados à UNE.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da carteirinha de identificação do estudante UNE (recente) ou cópia da mensalidade escolar (recente) ou declaração original do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo o nome completo do estudante, curso, período, CNPJ da instituição de ensino, telefone e assinatura do funcionário da instituição de ensino ou cópia da matrícula ou carteirinha escolar (recente).



Planos

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas*
Exato Adesão Trad.16 A AHO QC	476.926/16-1	coletivo	Nacional	1,2
Exato Adesão Trad.16 A AHO QP	476.925/16-2	individual	Nacional	1,2
Especial 100 Adesão Trad.16 A AHO QP	476.938/16-4	individual	Nacional	3,2
Especial 100 Adesão Trad.16 A AHO QP	476.938/16-4	individual	Nacional	3,8
Especial 100 Adesão Trad.16 A AHO QP	476.938/16-4	individual	Nacional	5,6
Executivo Adesão Trad.16 A AHO QP	476.935/16-0	individual	Nacional	7,2
Executivo Adesão Trad.16 A AHO QP	476.935/16-0	individual	Nacional	9,0
Executivo Adesão Trad.16 A AHO QP	476.935/16-0	individual	Nacional	12,0

* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas, consulte o Manual do Beneficiário.

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas*
Exato Adesão Trad.16 A AHO QC COP	476.924/16-4	coletivo	Nacional	1,2
Exato Adesão Trad.16 A AHO QP COP	476.940/16-6	individual	Nacional	1,2
Especial 100 Adesão Trad.16 A AHO QP COP	476.913/16-9	individual	Nacional	3,2
Especial 100 Adesão Trad.16 A AHO QP COP	476.913/16-9	individual	Nacional	3,8
Especial 100 Adesão Trad.16 A AHO QP COP	476.913/16-9	individual	Nacional	5,6
Executivo Adesão Trad.16 A AHO QP COP	476.933/16-3	individual	Nacional	7,2
Executivo Adesão Trad.16 A AHO QP COP	476.933/16-3	individual	Nacional	9,0
Executivo Adesão Trad.16 A AHO QP COP	476.933/16-3	individual	Nacional	12,0

* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas, consulte o Manual do Beneficiário.



Coberturas Adicionais

Para todos os planos

Para todos os planos relacionados neste Guia são contempladas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS vigente à época do evento, bem como as seguintes coberturas adicionais:

- Transplantes de órgãos: transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado;
- Escleroterapia: até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do benefício.



Benefícios Especiais*

Para todos os planos

- Assistência 24 horas - Cobertura no Brasil
 - Remoção do beneficiário;
 - Retorno de acompanhantes;
 - Acompanhante em caso de hospitalização do beneficiário, por período superior a 5 (cinco) dias;
 - Hospedagem do acompanhante;
 - Prolongamento da estada;
 - Remoção em caso de falecimento do beneficiário;
 - Retorno antecipado do beneficiário ao seu domicílio;
 - Recuperação de bagagem;
 - Motorista substituto no Brasil;
 - Reembolso de tarifa por passagem perdida.

Para os planos Especial e Executivo

- Reembolso no exterior
 - Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano.
 - O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

Para os planos Executivo

- Assistência 24 horas - Cobertura no exterior
 - Todos os serviços prestados no Brasil serão também prestados no exterior, exceto motorista substituto.
 - Ficam acrescidos para atendimento no exterior os serviços a seguir: retorno do exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos; adiantamento para despesas médicas e hospitalares no exterior; adiantamento para prestação de fiança ou caução penal; orientação em caso de perda de documentos.

* Benefícios disponíveis conforme condições contratuais.

Documentação dos dependentes

Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) de qualquer idade	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG (24 anos ou mais); • Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 24 anos); • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) absolutamente incapaz solteiro(a) de qualquer idade, sob tutela ou curatela do beneficiário titular	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Tutela ou Curatela expedida por Órgão Oficial; • Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS; • Cópia da Certidão de Nascimento OU cópia do RG; • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade	<p>– Titular casado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a) ou cópia do RG do(a) enteado(a); • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde. <p>– Titular com companheiro(a):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando dependência econômica do(a) enteado(a); • Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG do(a) enteado(a); • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela do beneficiário titular*	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Tutela ou do “Termo de Guarda”; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

* Cessados os efeitos de guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a), podendo ser solicitada documentação complementar.

PROJETO UBES

Somente o estudante com idade inferior a 18 (dezoito) anos poderá incluir o pai, a mãe e os(as) irmãos(ãs) menores de 18 (dezoito) anos como beneficiários dependentes.

Pai e/ou Mãe

- Cópia do RG e cópia do CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde

Irmãos(ãs) menores de 18 (dezoito) anos

- Cópia do RG ou certidão de nascimento.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

ATENÇÃO: Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com idade igual ou superior a 8 anos deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

**Carências Contratuais e Tabelas de Redução de Carências**

Grupos de Carência	Cobertura	Prazos contratuais*	Novos prazos*	
			Tabela 1	Tabela 2
Grupo 0	Acidentes pessoais.	0 (zero) hora	0 (zero) hora	0 (zero) hora
	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subsequentes.	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 2	Internações hospitalares, ultrassonografias com doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, tilt tests e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes.	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 3	Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
Grupo 4	Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética, internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	120 (cento e vinte) dias

* Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.



Redução de Carências

Condições para Redução de Carências

Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

- O proponente deve possuir um plano de saúde da “Relação de Operadoras Congêneres”, por um período igual ou maior que 6 (seis) meses e menor que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 1”; ou por um período igual ou maior que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 2”;
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício.

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
- Oriundos do sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares.
- Cujas data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de início de vigência do benefício.
- Oriundos de planos não regulamentados.

Relação de Operadoras Congêneres

• AGF/Allianz	• Care Plus	• Lincx	• Sompo Seguros
• AIG	• DixAmico	• Medial	• SulAmérica
• Amil	• Gama	• Mediservice	• Unibanco Seguros
• Blue Life	• Generali	• Notre Dame Intermédica	• Unimed's (exceto todas as Unimed's do estado da Bahia)
• Bradesco	• Golden Cross	• Omint	• Volkswagen
• Cabesp	• HSBC/Bamerindus	• Petrobrás	
• Camed	• IRB	• Porto Seguro	

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Além das carências descritas acima, havendo na “Declaração de Saúde” a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como, por exemplo, obesidade mórbida.



Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias, procedimentos e internações, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS. Consulte os valores relativos à coparticipação na Tabela de Preços.



Pagamento

Valor mensal do benefício

O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência do benefício. Os valores mensais do benefício serão pagos através de boleto bancário ou débito automático em conta-corrente de acordo com a tabela a seguir:

Forma de pagamento	Vigência	Vencimento	Locais de pagamento	
Boleto bancário	1º	Todo dia 1º	Em qualquer banco, até o vencimento	
	10	Todo dia 10		
	20	Todo dia 20		
Débito automático em conta-corrente	1º	Todo dia 1º	001- Banco do Brasil	070- BRB
	10	Todo dia 10	041- Banrisul	341- Itaú
	20	Todo dia 20	237- Bradesco	033- Santander

Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário à apólice coletiva de seguro-saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
- II) reajuste por mudança de faixa etária;
- III) reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS;

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

Prazos para adesão

Data da proposta Recebimento da proposta	Início da vigência do benefício
Dia 16 a 25	Dia 1º
Dia 26 a 05	Dia 10
Dia 6 a 15	Dia 20



- Administradora de Benefícios/Contratante: Qualicorp Administradora de Benefícios.
- Material de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores. Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de lei e de normas regulamentadoras da ANS, bem como às regras estabelecidas contratualmente. Consulte seu supervisor periodicamente.
- A **SulAmérica** disponibiliza para contratação o plano Referência. Para mais informações, contate seu supervisor.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta.
- Proposta sujeita à análise técnica.
- Consulte também o site da **SulAmérica Saúde**:
www.sulamerica.com.br
- Os planos mencionados neste material podem ser comercializados nos municípios: Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Confins, Contagem, Governados Valadares, Ibirité, Igarapé, Itajubá, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Paraisópolis, Pedro Leopoldo, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Uberaba, Uberlândia e Vespasiano.



Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-16-2000

www.qualicorp.com.br

