

Guia do Consultor

Supremo | Bahia





Entidades | Públicos

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

	ASPROFILI Associação dos Profissionais Liberais Profissional Liberal	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 profissionais liberais ativos nas categorias mencionadas e devidamente associados a ASPROFILI – Associação dos Profissionais Liberais.			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR			
Profissional Liberal: Cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão de curso superior/técnico ou cópia da carteira do conselho regional e comprovante de associação à ASPROFILI (Carteirinha da entidade, Declaração original da entidade ou Comprovante de contribuição em favor da entidade).			
Estudante Bacharel em Direito: Cópia do comprovante de matrícula ou comprovante de pagamento da mensalidade do curso, e declaração original emitida pela instituição de ensino, e a declaração original de associado emitida pela ASPROFILI.			
	GASP Grupo Associativo dos Servidores Públicos Servidor Público	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 servidores públicos ativos estaduais, municipais e federais associados ao Grupo Associativo dos Servidores Públicos (GASP).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia do holerite e Declaração original da Entidade comprovando o vínculo associativo à GASP.



Planos

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas ¹
Clássico Regional Salvador ADS - E (EF)	483.332/19-5	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Clássico Reconcavo BA ADS - E (EF) V.2	484.198/19-1	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Clássico Baixo Sul BA ADS - E (EF) V.2	484.194/19-8	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Estilo Nacional ADS II - E (EF)	483.270/19-1	Coletiva	Nacional	1 vez a tabela CNU
Estilo Nacional ADS II A- (EF)	483.273/19-6	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Absoluto Nacional ADS II - A (EF)	483.268/19-0	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Superior Nacional ADS II - A (EF)	483.272/19-8	Individual	Nacional	2 vezes a tabela CNU
Exclusivo Nacional ADS II - A (EF)	482.829/19-1	Individual	Nacional	4 vezes a tabela CNU

¹ Para mais informações sobre o Múltiplo de Reembolso e Grupo de Municípios, 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 ¹
Clássico Regional Salvador V.2 ADS I- E (EF)	483.469/19-1	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Clássico Recôncavo BA ADS I- E (EF) V.2	484.195/19-6	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Clássico Baixo Sul BA ADS I- E (EF) V.2	484.191/19-3	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Estilo Nacional ADS III - E (EF)	482.823/19-2	Coletiva	Nacional	1 vez a tabela CNU
Estilo Nacional ADS III - A (EF)	482.825/19-9	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Absoluto Nacional ADS III - A (EF)	482.835/19-6	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Superior Nacional ADS III - A (EF)	482.827/19-5	Individual	Nacional	2 vezes a tabela CNU

¹ Para mais informações sobre o Múltiplo de Reembolso e Grupo de Municípios, consulte o Manual do Beneficiário.



Coberturas Garantidas

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.



Benefícios Adicionais*

- **Planos Estilo**
Assistência Funeral Individual.
- **Planos Absoluto**
Assistência Funeral Individual; Assistência Domiciliar e Assistência Terceira Idade.
- **Planos Superior**
Assistência Funeral Individual; Assistência Domiciliar; Assistência Terceira Idade; Minha Primeira Assistência e Assistência Viagem Nacional.
- **Planos Exclusivo**
Assistência Funeral Individual; Assistência Domiciliar; Assistência Terceira Idade; Minha Primeira Assistência; Assistência Viagem Nacional; Assistência Concierge; Assistência Pet e Assistência Viagem Internacional.

*As descrições das assistências em sua completude encontram-se disponível no site: www.centralnacionalunimed.com.br/assistencias.



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">• Cópia do RG e cópia do CPF;• Declaração de União Estável lavrada em cartório ou Declaração de União Estável de próprio punho (contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2(duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) e Certidão de Nascimento de filho havido em comum e/ou prova do mesmo domicílio e/ou conta bancária conjunta e/ou escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente e/ou declaração de IR (Imposto de Renda);• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	<ul style="list-style-type: none">• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);• Cópia do CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	<ul style="list-style-type: none">• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;• Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável registrada em cartório;• Cópia do CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade	<ul style="list-style-type: none">• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);• Cópia do CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela judicial*	<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 CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

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) 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

Carências Contratuais e Redução de Carências

Procedimento	Carência contratual	Tempo de plano anterior (6 a 11 meses)	Tempo de plano anterior (A partir de 12 meses)
Urgências e Emergências	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Consultas eletivas	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames simples- aqueles não considerados como complexos	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames complexos- exames classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) ou com Diretriz de Utilização (DUT)	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	0 (zero) hora
Terapias	180 (cento e oitenta)	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 (cento e oitenta)	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta)	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 (cento e oitenta) dias	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias



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 beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência, de Operadora Congênera, conforme a “Relação de operadoras congêneras” listada a seguir; ou
- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência de outra Unimed do Sistema ou da Central Nacional Unimed.
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo:
 - a. 60 (sessenta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta, para os casos de clientes oriundos de Operadora Congênera;
 - b. 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta, para os casos de clientes oriundos de outra Unimed do Sistema ou da Central Nacional Unimed, desde que não tenha ocorrido cancelamento pela RN 412.
- O beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, por período superior a 6 (seis) meses, conforme quadro de carências disposto a seguir.

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 ou Referência.
- Oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptados à Lei 9.656/98.

Relação de Operadoras Congêneras

• Allianz	• Green Line	• SAMEL
• Amepplan	• Hapvida	• Santa Helena
• Amil	• Lincx	• São Cristóvão
• Assefaz	• Marítima	• Saúde Casseb
• BB Seguros	• Medial	• Saúde Sim
• Bio Vida	• Mediservice	• Slam
• Bradesco Saúde	• MedSenior	• Smile
• Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa)	• Nordeste Saúde	• Sompo Seguros
• Care Plus	• Omint	• Sul América
• Cassi	• One Health	• Trasmontano
• Dix Saúde	• Pame	• União Médica
• Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú)	• PlanSaúde (Hosp. Bom Samaritano)	• Unihosp
• Garantia de Saúde (Hosp. Adventistas de Belém e Manaus)	• Plena Saúde	• Unimed's (incluindo FAMA)
• Geap	• Porto Seguro	• Vitallis
• GNDI (Notre Dame Intermédica)	• Prevent Sênior	
• Golden Cross	• Promédica	

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 determinados procedimentos, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS. Consulte os procedimentos e os valores relativos à coparticipação na Tabela de Preços.



Pagamento

Taxa de angariação

A taxa de angariação é devida ao angariador no ato da assinatura da Proposta, por conta da intermediação da contratação do benefício, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado.

A taxa de angariação NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade.

Em caso de não aceitação da Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

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 10 20	Todo dia 1º Todo dia 10 Todo dia 20	Em qualquer banco, até o vencimento
Débito automático em conta-corrente	1º 10 20	Todo dia 1º Todo dia 10 Todo dia 20	001- Banco do Brasil 104- Caixa Econômica Federal 237- Bradesco 341- Itaú 070- BRB 033- Santander

Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo de plano de 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 S.A.
- 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 **Central Nacional Unimed** 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 **Central Nacional Unimed**: www.centralnacionalunimed.com.br

Central Nacional
Unimed 

Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-16-2000

www.qualicorp.com.br



Central Nacional Unimed:

ANS nº 33967-9

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 417173