

SEGURO SAÚDE SULAMÉRICA POR ADESÃO

ATRAVÉS DA SUA ENTIDADE DE CLASSE

PRINCIPAIS BENEFICÍOS

Planos com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

– Todos os planos com todas as coberturas previstas na Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, instituído pela Resolução Normativa n.º 262/11 e suas posteriores alterações, bem como as seguintes coberturas adicionais¹:

- Psicomotricidade, Fonoaudiologia e Escleroterapia: até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do Beneficiário (ano/civil).
- Transplantes de Órgãos: transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim,pulmão e fígado.
- 03 (três) anos de remissão garantindo aos dependentes remidos¹ a continuidade no seguro saúde contratado, desobrigados do pagamento das mensalidades, em decorrência do falecimento ou invalidez total permanente do Beneficiário Titular.

– Assistência 24 horas¹:

No Brasil (todos os planos): 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 e reembolso de tarifa por passagem perdida.¹

No Exterior (Plano Executivo): 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 e orientação em caso de perda de documentos.¹

– Central de Atendimento Qualicorp: 0800-16-2000

– Site: www.qualicorp.com.br

¹ Conforme condições contratuais.

QUEM PODE ADERIR COMO DEPENDENTE

Cônjuge

- Cópia do RG;
- Cópia da Certidão de Casamento.

Companheiro(a)

- 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);
- Cópia do RG do(a) companheiro(a).

Filho(a) solteiro(a) de qualquer idade

- Cópia do RG (24 anos ou mais);
- Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 24 anos).

Filho(a) inválido(a) de qualquer idade

- Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG.

Enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade

- Titular casado:
 - Cópia da Certidão de Casamento;
 - Cópia da Certidão de Nascimento do enteado (a) ou cópia do RG do(a) enteado(a).
- Titular com companheiro (a):
 - 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).
Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular²
- Cópia da Tutela ou do “Termo de Guarda”;
- Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a).

2 Cessados os efeitos da 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.

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

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

CARÊNCIAS (CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DO BENEFÍCIO)

24 (vinte e quatro) horas

Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.

15 (quinze) dias

Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subseqüentes.

120 (cento e vinte) dias

Internações hospitalares, ultra-sonografias com Doppler, ultra-sonografias 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, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes.

180 (cento e oitenta) dias

Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética. Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

300 (trezentos) dias

Parto a termo.

ATENÇÃO: 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.

REGRAS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

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

- Possuir um plano de saúde da “Relação de operadoras congêneres”, listadas a seguir neste aditivo, 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 decorrente desta Proposta.

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 decorrente desta Proposta.
- Oriundos de planos não regulamentados.

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Grupos de carência	Cobertura	Prazos contratuais	Novos prazos	
			Tabela 1	Tabela 2
Grupo 0	Acidentes pessoais.	24 (vinte e quatro horas)	24 (vinte e quatro horas)	24 (vinte e quatro horas)
	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 subseqüentes.	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro horas)	24 (vinte e quatro horas)
Grupo 2	Internações hospitalares, ultra-sonografias com <i>Doppler</i> , ultra-sonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, <i>tilt tests</i> 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, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subseqüentes.	120 (cento e vinte) 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.	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, psicoterapia e obesidade mórbida.	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.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Proponente oriundo de plano individual

- Comprovante de início no plano anterior (cópia do contrato ou cartão de identificação);
- Cópia dos 3 últimos recibos de pagamento ou declaração da congênere, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano, condições de pagamento e relação dos dependentes.

Proponente oriundo de plano empresa ou coletivo

Declaração da instituição, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, atestando: a data de início no plano, o tempo de permanência e a relação dos dependentes.

RELAÇÃO DOS CONGÊNERES

AGF/Grupo Allianz	AIG	Amil	Assefaz
Blue Life	Bradesco	CABESP	CAMED
Care Plus	CASSI	Dix Amico	Gama
Generali	Golden Cross	HSBC/Bamerindus	IRB
Lincx	Marítima	Medial Saúde*	Mediservice
Notre Dame	Omint	Petrobrás	Porto Seguro
Unibanco Seguros	Unimed 's	Volkswagen	

* Com exceção do produto adesão

DATAS DE VIGÊNCIA E VENCIMENTO

Data da Venda/Entrega*	Vigência	Vencimento	
		Boleto	Débito
até 20	1 do mês seguinte	1	5º dia útil
até 01	10 do mês seguinte	10	10
até 10	20 do mesmo mês	20	20

*as datas poderão ser alteradas (antecipadas ou postecipadas) a cada vigência por adaptações comerciais. Consulte sua corretora para confirmação.

RESUMO DA REDE HOSPITALAR REFERENCIADA

SALVADOR

TODOS OS PLANOS

CATO - Clín. de Acidentados, Traumatol. e Ortop	PS/INT
Ceparh	INT
Clín. de Fraturas	PS
Clín. São Marcos	PS/INT
Clisur	MAT
Clivan – Hosp. de Olhos da Bahia	INT
COT - Clín. Ortop. Traumatol	PS/INT
Espaço Bom Viver	PS/INT
Hosp. Agenor Paiva	PS/INT/MAT
Hosp. da Cidade	PS/INT
Hosp. Jaar Andrade	PS/INT
Hosp. Sagrada Família	INT/MAT
Hosp. Sta. Clara	INT
Hosp. Sta. Luzia	INT
Hosp. Sto. Amaro	INT/MAT
IBOPC - Inst. Bras. de Oftalmol. e Prevenção da Cegueira	INT
INSBOT - Inst. Bahiano Ortop. e Traumatologia	PS
Inst. de Olhos Freitas	INT
Med Center Clirca	PS/INT/MAT
Orto Clín	PS/INT
Otorrino Center	INT
Probaby Clín. Inf. e Urgências	PS/INT
Sames Serv. de Assist. Méd. de Salvador	INT/MAT
Sanatório São Paulo	INT
SERMECA – Serv. Méd. do Cabula	PS
SOMED	PS
SOS Médico	PS

PLANO CLÁSSICO

Brasil Memorial	INT
Day Hospital	INT
Fund. Bahiana de Cardiologia	PS/INT
Hosp. Espanhol	MAT
Hosp. Prof. Jorge Valente	PS/INT/MAT
Hosp. Sta. Izabel	PS/INT
Inst. Cardiopulmonar da Bahia	PS/INT
Laboratórios: DML, DNA, Iheba, JPC, Labaclen, Labcenter, Laboclin, LAD, Lid Salvador, Qualitech, Sepac, Spalazanni, STS -Serviço de Transfusão de Sangue.	

PLANO ESPECIAL 100

Toda a rede do Plano Clássico e mais:

Hosp. Espanhol	PS/INT/MAT
Hosp. São Rafael	PS/INT
Laboratórios: Datalab, Leme.	

PLANO EXECUTIVO

Toda a rede do Plano Clássico e mais:

Hosp. Espanhol	PS/INT/MAT
Hosp. São Rafael	INT

LEGENDA

PS- Pronto Socorro INT- Internação MAT- Maternidade

TABELA DE PREÇOS –SulAmérica Plano Global -505

<i>Plano</i>	EXATO	EXATO	CLÁSSICO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
<i>Código ANS</i>	466.065/11-0	466.064/11-1	466.069/11-2	466.058/11-7	466.060/11-9
<i>Padrão de Acomodação</i>	<i>coletivo</i>	<i>individual</i>	<i>individual</i>	<i>individual</i>	<i>individual</i>
<i>Abrangência Geográfica</i>	<i>nacional</i>	<i>nacional</i>	<i>nacional</i>	<i>nacional</i>	<i>nacional</i>
<i>Até 18 anos</i>	159,45	174,27	191,69	218,94	438,38
<i>De 19 a 23 anos</i>	249,61	272,81	300,08	368,65	738,14
<i>De 24 a 28 anos</i>	256,4	280,22	308,24	373,43	747,74
<i>De 29 a 33 anos</i>	260,71	284,93	313,43	388,07	777,03
<i>De 34 a 38 anos</i>	268,59	293,54	322,9	399,31	799,57
<i>De 39 a 43 anos</i>	272,27	297,56	327,32	405,08	811,11
<i>De 44 a 48 anos</i>	390,67	426,96	469,66	536,38	1074,03
<i>De 49 a 53 anos</i>	396,71	433,56	476,92	681,7	1364,99
<i>De 54 a 58 anos</i>	491,92	537,61	591,37	845,31	1692,58
<i>A partir de 59 anos</i>	956,75	1.045,62	1.150,18	1.313,62	2.630,27

Valores mensais em reais (R\$), per capita