

Guia do Consultor

Premium | 506 Hospitalar
Bahia





Entidades | Públicos

Estas são as entidades para as quais a **Administradora** 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.



UBES | União Brasileira dos Estudantes Secundaristas

Estudante Secundarista

Comercialização
☐ Sim ☐ Não

Coparticipação
☐ Sim ☐ 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
☐ Sim ☐ Não

Coparticipação
☐ Sim ☐ 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

Hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de honorários médicos (beneficiário internado)*
Exato Adesão Trad.16 HO QC	477.049/16-8	coletivo	Nacional	0,6
Clássico Adesão Trad.16 HO QP	477.046/16-3	individual	Nacional	1,2
Especial 100 Adesão Trad.16 HO QP	477.047/16-1	individual	Nacional	2,0
Especial 100 Adesão Trad.16 HO QP	477.047/16-1	individual	Nacional	3,6
Especial 100 Adesão Trad.16 HO QP	477.047/16-1	individual	Nacional	5,3
Executivo Adesão Trad.16 HO QP	477.048/16-0	individual	Nacional	5,3
Executivo Adesão Trad.16 HO QP	477.048/16-0	individual	Nacional	10,6
Executivo Adesão Trad.16 HO QP	477.048/16-0	individual	Nacional	12,7

* Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de honorários médicos (beneficiário internado), consulte o Manual do Beneficiário.

Hospitalar com obstetrícia COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de honorários médicos (beneficiário internado)*
Exato Adesão Trad.16 A HO QC COP	488.451/21-5	coletivo	Nacional	0,6
Clássico Adesão Trad.16 A HO QP COP	488.457/21-4	individual	Nacional	1,2
Especial 100 Adesão Trad.16 A HO QP COP	488.459/21-1	individual	Nacional	2,0
Especial 100 Adesão Trad.16 A HO QP COP	488.459/21-1	individual	Nacional	3,6
Especial 100 Adesão Trad.16 A HO QP COP	488.459/21-1	individual	Nacional	5,3
Executivo Adesão Trad.16 A HO QP COP	488.461/21-2	individual	Nacional	5,3
Executivo Adesão Trad.16 A HO QP COP	488.461/21-2	individual	Nacional	10,6
Executivo Adesão Trad.16 A HO QP COP	488.461/21-2	individual	Nacional	12,7

* Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de honorários médicos (beneficiário internado), consulte o Manual do Beneficiário.



Coberturas Adicionais

Para todos os planos

Cobertura exclusivamente para internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas (sem cobertura para consultas, diagnoses e terapias).

Para o acompanhamento do processo gestacional, haverá cobertura para consultas médicas, ultrassonografia obstétrica e outros exames básicos necessários.

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 a seguinte cobertura adicional:

- Transplantes de órgãos: transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado.



Benefício Adicional

Para todos os planos

O seguro odontológico Odonto Mais- Adesão Odonto- Rol Ampliado é um benefício adicional no caso de aceitação da proposta.

Plano	Código ANS	Segmentação Assistencial	Abrangência Geográfica
Odonto Mais- Adesão Odonto- Rol Ampliado	476.270/16-3	Odontológico	Nacional



Benefícios Especiais*

Para todos os planos

- Orientação Médica Telefônica;
- 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 Clássico, 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	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
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 (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	• 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	• 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	– Titular casado: • 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. – 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); • 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	• Cópia da Tutela ou do “Termo de Guarda”; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

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 CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;
- 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/Estipulante 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*	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 com ginecologista obstetra, ultrassonografias obstétrica sem doppler e outros exames básicos necessários ao acompanhamento do processo gestacional, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes.	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 2	Internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias obstétrica com doppler, cateterismos cardíacos, arteriografias, angioplastias, quimioterapia, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências 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 de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME/DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/ Dispositivos Médicos Implantáveis), além de internações de obesidade mórbida, buco- maxilo e ortopédicas.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Internações psiquiátricas incluindo hospital dia, diálise peritoneal, hemodiálise, cirurgias de refração em oftalmologia	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.

Carências do plano Odonto

Grupos de Carências	Cobertura	Prazos contratuais*
Grupo 0	Urgências e emergências.	0 (zero) hora
Grupo 1	Diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, periodontia, odontopediatria e Disfunção Temporária Mandibular (DTM).	30 (trinta) dias
Grupo 2	Endodontia e cirurgia.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 3	Prótese do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.	180 (cento e oitenta) 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, 60 (sessenta) 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 da segmentação contratada.
- Oriundos do sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares.
- Cujas data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do benefício.
- Oriundos de planos não regulamentados.

Relação de Operadoras Congêneres

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

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	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 104- Caixa Econômica Federal
	10	Todo dia 10	237- Bradesco 341- Itaú
	20	Todo dia 20	070 - BRB 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



- 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**
- Plano Hospitalar: cobertura exclusivamente para internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas (sem cobertura para consultas, diagnoses e terapias).

