



# Guia do Consultor

Premium | Minas Gerais






*Amil*





## Entidades | Públicos

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

	<b>ABRACEM   Associação Brasileira de Consultores Empresariais e Profissionais Liberais</b> Profissional Liberal	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais liberais devidamente associados à ABRACEM.</p> <p><b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> Cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão de curso em ensino superior ou cópia da carteira do conselho regional e o comprovante de associação à ABRACEM (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).</p>			
	<b>FECOMÉRCIO-MG   Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo de Minas Gerais</b> Empregador do Comércio	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os empregadores (sócios pessoas-físicas) de empresa, do ramo do comércio de bens e serviços representada por um sindicato filiado a Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo de Minas Gerais (FECOMÉRCIO-MG).</p> <p><b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> Cópia do contrato social ou cópia da última alteração do mesmo, que comprove vínculo societário com a empresa do ramo do comércio de bens e serviços representada por um sindicato filiado à FECOMÉRCIO-MG.</p>			
	<b>SECBHRM   Sindicato dos Empregados no Comércio de Belo Horizonte e Região Metropolitana</b> Empregado do Comércio	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os empregados de empresas representados pelo Sindicato dos Empregados no Comércio de Belo Horizonte e Região Metropolitana.</p> <p><b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> 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.</p>			
	<b>UBES   União Brasileira dos Estudantes Secundaristas</b> Estudante Secundarista	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>TITULAR</b> 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).</p> <p><b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> 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).</p>			
	<b>UNE   União Nacional dos Estudantes</b> Estudante Universitário	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes de graduação do ensino superior associados à UNE.</p> <p><b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> 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).</p>			



## Planos

### Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas*
Amil 400 QC Nacional R PJCA	472.930/14-7	coletivo	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 400 QP Nacional R PJCA	472.932/14-3	individual	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 500 QP Nacional R PJCA	472.828/14-9	individual	Nacional	Até 2 vezes a tabela Amil
Amil 700 QP Nacional R PJCA	472.831/14-9	individual	Nacional	Até 3 vezes a tabela Amil

\* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso, 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*
Amil 400 QC Nacional R Copart PJCA	472.929/14-3	coletivo	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 400 QP Nacional R Copart PJCA	472.931/14-5	individual	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 500 QP Nacional R Copart PJCA	472.933/14-1	individual	Nacional	Até 2 vezes a tabela Amil
Amil 700 QP Nacional R Copart PJCA	472.830/14-1	individual	Nacional	Até 3 vezes a tabela Amil

\* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso, 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.



## Documentação dos dependentes

Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG e do CPF;</li> <li>• Cópia da Certidão de Casamento;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaração de União Estável registrada e feita em cartório (documento público), 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);</li> <li>• Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a);</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
Filho(a) solteiro(a) com até 24 (vinte e quatro) anos completos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento;</li> <li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
Filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do Laudo Médico e perícia médica;</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li> <li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
Enteado(a) solteiro(a) com até 24 (vinte e quatro) anos completos	<p>– Titular casado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Casamento;</li> <li>• Cópia do RG do(a) enteado(a) ou cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a);</li> <li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul> <p>– Titular com companheiro(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaração de União Estável registrada e feita em cartório (documento público), 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 dependência econômica do(a) enteado(a);</li> <li>• Cópia do RG do(a) enteado(a) ou cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a);</li> <li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Tutela ou do “Termo de Guarda”;</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);</li> <li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>

\*Cessados os efeitos de guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com até 24 (vinte e quatro) anos completos, 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

Grupo de benefícios	Carência contratual
Carência - consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 (trinta) dias
Carência - exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 (trinta) dias
Carência - exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados em cláusula contratual, exceto os específicos abaixo:	180 (cento e oitenta) dias
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 (cento e oitenta) dias
b) Exames de ultrassonografia;	180 (cento e oitenta) dias
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 (cento e oitenta) dias
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 (cento e oitenta) dias
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 (cento e oitenta) dias
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 (cento e oitenta) dias
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 (cento e oitenta) dias
h) Procedimentos para litotripsia;	180 (cento e oitenta) dias
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 (cento e oitenta) dias
j) Artroscopia;	180 (cento e oitenta) dias
k) Diálise ou hemodiálise;	180 (cento e oitenta) dias
l) Hemoterapia;	180 (cento e oitenta) dias
m) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	180 (cento e oitenta) dias
Carência - internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes);	180 (cento e oitenta) dias
Carência - parto a termo.	300 (trezentos) dias

### 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 15	Todo dia 1º Todo dia 15	Em qualquer banco, até o vencimento	
Débito automático em conta-corrente	1º 15	Todo dia 1º Todo dia 15	001- Banco do Brasil 237- Bradesco 070- BRB	341- Itaú 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 01 a 15	Dia 1º
Dia 16 a 30	Dia 15



- 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 **Amil** 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 **Amil**: [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br)
- Os planos mencionados neste material podem ser comercializados no Estado de Minas Gerais.





**Central de Serviços Qualicorp**

Para capitais e região metropolitana:

**4004-4400**

Demais regiões:

**0800-16-2000**

**[www.qualicorp.com.br](http://www.qualicorp.com.br)**

