

\*Informativo de caráter referencial. Todos os dados estão sujeitos à alteração, sem aviso prévio, por parte da operadora.

#### Taxa de Cadastro

No ato da adesão é cobrada a taxa de cadastro e implantação, o valor é de acordo com a tabela de preços.

A taxa de cadastro e implantação NÃO é o primeiro pagamento.

O primeiro pagamento será através de boleto bancário ou debito automático, emitido pela Administradora de acordo com o início de vigência contratado.

**Fechamento da Produção** O fechamento da vigência 01/10/17 será feito no dia 15/09/17 às 12:00 hs.

**Aviso Importante:** todos os dados inclusive rede de hospitais estão sujeitos à alteração por parte da Operadora, sem aviso prévio.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

### Produto

Administradora: Qualicorp Adm. De Benefícios										
Seguradora: Sul América										
Produto: Linha Supremo – Proposta Azul										
<b>Planos SEM Coparticipação</b>	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QC	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QP	Clássico Adesão Trad. 16 F AHO QC	Clássico Adesão Trad. 16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP
<b>Planos COM Coparticipação</b>	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad. 16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP COP
<b>Padrão de Acomodação em Internação</b>	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento
<b>Abrangência Geográfica de atendimento</b>	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
<b>Múltiplo de reembolso por consulta</b>	1,1	1,1	2,4	2,4	2,9	3,4	5,1	6,5	8,0	11,0

### Taxa de Cadastro

No ato da adesão é cobrada a taxa de cadastro e implantação, o valor é de acordo com a tabela de preços.

A taxa de cadastro e implantação NÃO é o primeiro pagamento.

O primeiro pagamento será através de boleto bancário ou debito automático, emitido pela Administradora de acordo com o início de vigência contratado.

### Taxa Associativa

Isento de pagamento - para filiação no ato da venda.

### Venda Administrativa

**Ex-beneficiários Sul America Qualicorp para Sul America Qualicorp:** a venda só poderá ser feita através do corretor após 90 dias da exclusão do sistema da Qualicorp com relação a data de vigência.

### Regras Gerais

Hospital Albert Einstein e Sírio Libanês - não há cobertura de honorários médicos. Neste caso estes custos são de responsabilidade do beneficiário.

Para gestantes acima de 12 semanas enviar ultrassom recente.

A assinatura da proposta deve ser igual à assinatura do documento enviado.

Para beneficiários acima de 64 anos 11 meses e 29 dias e ex-beneficiários Qualicorp de qualquer operadora, entrar em contato com a nossa área técnica.

Para **beneficiários com preexistentes** poderá ser solicitado pela Qualicorp o envio de relatório médico com o estado de saúde atual, últimos exames laboratoriais (até 06 meses) e outros exames vinculados à patologia.

**Atenção:** Propostas protocoladas no último dia do fechamento que gerar alguma pendência, não terá prazo de regularização para a mesma vigência.

### Regras de Coparticipação

Os valores dos procedimentos realizados serão cobrados no próximo boleto.

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, conforme o quadro de valores a seguir:

Regras de Coparticipação Produto 515F - Supremo Azul											
Procedimentos	Exato Trad 16F AHO		Clássico Trad 16F AHO		Especial 100 Trad 16F AHO			Executivo Trad 16F AHO			
<b>Consultas eletivas</b>	25.00	25.00	25.00	25.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00

<b>Atendimento em pronto socorro</b>	50,00	50,00	50,00	50,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
<b>Exames simples (ex.: análises clínicas, patologia clínica, teste ergométrico).</b>	3,00	3,00	3,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
<b>Exames complexos (ex.: endoscopia, tomografia, ressonância magnética)</b>	25,00	25,00	25,00	25,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
<b>Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)</b>	3,50	3,50	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
<b>Demais procedimentos</b>	3,50	3,50	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
<b>Internações, exceto psiquiátricas**</b>	250,00	250,00	350,00	350,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00

\*\* Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

#### Quem Pode Adedir

**Titular:** - Administradores registrados no Conselho Regional de Administração de São Paulo (CRA-SP), bacharéis, estudantes e tecnólogos do curso em administração associados ao Sindicato dos Administradores no Estado de São Paulo (SAESP).

#### Documentos Necessários

##### Novo associado:

**Profissionais:** cópia do RG, CPF, comprovante de endereço, cópia da Carteira do CRA-SP ou cópia **autenticada** do diploma frente e verso ou cópia autenticada do certificado de conclusão da graduação (este com data de emissão inferior a 03 (três) anos e que conste a data de colação de grau) e o Termo de Filiação original devidamente preenchido e assinado.

**Estudantes:** cópia do RG, CPF, comprovante de endereço, cópia da declaração/atestado da Universidade ou última mensalidade quitada do curso de Administração e o Termo de Filiação original devidamente preenchido e assinado.

##### Associado:

**Profissionais:** cópia do RG, CPF, comprovante de endereço, cópia da Carteira do CRA-SP ou cópia **autenticada** do diploma frente e verso ou cópia autenticada do certificado de conclusão da graduação (este com data de emissão inferior a 03 (três) anos e que conste a data de colação de grau) e cópia do boleto pago da anuidade em exercício ou declaração original da entidade (SAESP).

**Estudantes:** cópia do RG, CPF, comprovante de endereço, cópia da declaração/atestado da Universidade ou última mensalidade quitada e cópia do boleto pago da anuidade em exercício ou declaração original da Entidade (SAESP).

**Cônjuge:** cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde, e certidão de casamento.

**Companheiro:** cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde, declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF, endereço, tempo de convívio, firma reconhecida do titular e do companheiro, e número do RG, CPF e assinatura de 02 testemunhas.

**Filhos solteiros de qualquer idade:** cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde e certidão de nascimento.

**Se houver menores:** cópia do RG ou certidão de nascimento (obrigatório para nascidos a partir de 01/2010) e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

**Filhos adotivos de qualquer idade:** cópia da sentença de adoção, certidão de nascimento ou RG, CPF e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

##### Enteado solteiro de qualquer idade:

**Titular casado** - cópia da certidão de casamento; RG, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde, certidão de nascimento do enteado, declaração de dependência econômica do enteado autenticada em cartório contendo RG e assinatura de 02 testemunhas.

**Titular com companheiro(a)** - declaração de União estável de próprio punho, contendo o número do RG e CPF, endereço tempo de convívio e firma reconhecida do titular e do companheiro(a) e assinatura de 02 testemunhas, constando a dependência econômica do enteado, cópia da certidão de nascimento, RG, CPF e CNS-Cartão Nacional de Saúde do enteado.

**Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular:** cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde, cópia da Tutela ou do Termo de Guarda Definitivo e certidão de nascimento do tutelado.

**Filhos inválidos de qualquer idade:** cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde, certidão de nascimento e certidão de Invalidez emitida pelo INSS.

**Atenção:** O estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na proposta de adesão.

#### Contratos e/ou Aditivos Vigentes

Contrato de adesão - **nova versão Julho/2017**

Carta de orientação ao beneficiário.

Contrato de adesão - versão Julho/2017 - **válido a partir da vigência 20/08**

Termo de Filiação - preenchimento e assinatura obrigatória quando não for sócio - [Clique aqui](#)

Recibo de recebimento da taxa de angariação - [Clique aqui](#)

#### Dados da Proposta

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

Grupos de carências	Cobertura	Prazos contratuais	Novos prazos	
			Tabela 1	Tabela 2
Grupo 0	Acidentes Pessoais.	0 hora	0 hora	0 hora
	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo 1	Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos grupos de carências subsequentes.	15 dias	24 horas	24 horas
Grupo 2	Internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias 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	180 dias	60 dias	24 horas

	do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carências subsequentes.			
Grupo 3	Parto a Termo.	300 dias	300 dias	300 dias
Grupo 4	Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética, internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 dias	180 dias	180 dias
Grupo 5	Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia.	180 dias	180 dias	120 dias
Grupo 6	Doença ou lesão preexistente	720 dias	720 dias	720 dias

### Vigência / Vencimento

Entrega de propostas até as 12:00 hs do dia do fechamento

Fechamento da produção	Início da vigência	Vencimento
Dia 15	Dia 1º do mês seguinte	Dia 1º do mês da vigência
Dia 25	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês da vigência
Dia 05	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês da vigência

O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência.

Os valores mensais serão pagos através de boleto bancário ou débito automático em conta corrente do **titular** nos seguintes bancos: Banco do Brasil 001, Banrisul 041, BRB 070, Bradesco 237, Itaú 341 e Santander 033.

### Fechamento da Produção

O fechamento da vigência 01/10/17 será feito no dia 15/09/17 às 12:00 hs.

### Área de Comercialização

A área de abrangência de comercialização é no Estado de São Paulo.

### Área de Utilização

A área de abrangência de utilização é a nível Nacional.

### Emissão do Kit

O prazo de recebimento do KIT é de até 20 dias úteis da vigência.

O primeiro boleto bancário sempre será prorrogado, portanto é preciso se atentar que poderá ser emitido a partir do vencimento.

Para acompanhar a emissão do KIT, entrar em contato com a central de atendimento 4004-4400 e a emissão do boleto pelo site [www.qualicorp.com.br](http://www.qualicorp.com.br)

### Período de Reajuste

Mês de reajuste anual - Julho

### Reajuste das Mensalidades

Independente da data de adesão do beneficiário ao contrato, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

1. Reajuste financeiro; e
2. Por índice de sinistralidade.

No mês seguinte ao aniversário do beneficiário:

1. Por mudança de faixa etária.

O contrato coletivo firmado entre a Administradora e a Operadora vigorará pelo prazo mínimo de 12 meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela Administradora ou pela Operadora.

Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a Qualicorp fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 dias.

### Exemplos de Reembolso

#### Para solicitar reembolso:

Atendimento pessoal - dirigir-se a Qualicorp - Rua Dr Plínio Barreto, 365 1ª andar Bela Vista

Atendimento via correio - enviar os recibos originais com a cópia da carteirinha para - Sul América - Caixa Postal 65155 - CEP 01318-970

Cientes SulAmérica conta com *Terminais de Auto Atendimento (TAT'S)* que agilizam o reembolso. Estes terminais tem a função de armazenar recibos para solicitações de reembolso, proporcionando mais segurança e confiabilidade na entrega da documentação.

São 14 terminais de Auto Atendimento, além das filiais SulAmérica e do atendimento ao Cliente Qualicorp. - [Clique aqui](#)

Exemplos de Reembolso para Consultas – Linha Supremo – Proposta Azul										
Planos	Exato [E]	Exato [A]	Clássico [E]	Clássico [A]	Especial 100 [A]	Especial 100 [A]	Especial 100 [A]	Executivo [A]	Executivo [A]	Executivo [A]
<b>Múltiplo de Reembolso</b>	1,1	1,1	2,4	2,4	2,9	3,4	5,1	6,5	8,0	11,0
<b>Valores</b>	76,68	76,68	167,30	167,30	202,16	237,02	355,52	453,12	557,68	766,81

### Diferenciais de Coberturas

Transplantes: coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado (além de rim, córnea e transplante autólogo e alogênico de medula óssea, previstos pela Lei).

Assistência 24h no Brasil (todos os planos) e no Exterior (plano Executivo).

Fonoaudiologia, psicomotricidade, escleroterapia (30 sessões/ano civil).

Remissão: cobertura por 03 anos sem custos, em caso de óbito ou invalidez total permanente do beneficiário titular, para os beneficiários dependentes.

### Como Obter A Validação de Prévia

Entrar em contato com a central de atendimento 24horas SulAmérica:

- Capitais e regiões metropolitanas: 4004-5900

- Demais regiões: 0800-970-5900

- Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para 0800-702-2242, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

## Telefones Úteis

Central de atendimento Qualicorp: 4004-4400  
Central de atendimento ao Corretor: 3149-8220

## Movimentação Cadastral

As solicitações de alterações cadastrais deverão ser feitas por escrito à Qualicorp, apresentadas com a documentação completa por meio dos canais de atendimento próprios, com antecedência mínima de 20 dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início de vigência do benefício.  
Toda movimentação de inclusões, exclusões, cancelamento do contrato, deve ser tratada diretamente na operadora.

Início de vigência do benefício	Entrega da solicitação	Vigência da alteração solicitada
Dia 01	Até o dia 10 do mês anterior a vigência	A partir do dia 01 do mês seguinte à solicitação
Dia 10	Até o dia 20 do mês anterior a vigência	A partir do dia 10 do mês seguinte à solicitação
Dia 20	Até o dia 30 do mês anterior a vigência	A partir do dia 20 do mês seguinte à solicitação

## Transferência de Plano

A transferência de plano poderá ser solicitada para plano de categoria superior e será realizada sempre no mês de renovação anual da apólice coletiva, respeitadas as demais regras vigentes neste benefício.

A solicitação deverá ser feita com antecedência mínima de 20 dias.

## Cancelamento do Contrato

O atraso de prazo superior a 30 dias no pagamento da mensalidade do plano coletivo por adesão acarreta o cancelamento do contrato e as mensalidades em aberto constituem dívida.

Em casos de migração ou desistência, é necessário enviar carta de próprio punho, assinada pelo titular do plano, para o cancelamento do contrato, desde que não existam boletos em aberto.

Poderá ocorrer à cobrança em Juízo dos valores das respectivas faturas não paga pelo titular.

Caso ocorra a perda da elegibilidade na Entidade o contrato poderá ser cancelado.

As solicitações deverão ser encaminhadas através do site pelo "Fale Conosco" clicar em alteração cadastral.

É importante **tirar um Print** da tela antes de enviar a solicitação, pois não gera número de protocolo, para maiores informações entrar em contato com a Central de Atendimento 4004-4400.

# CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

## Crítérios de Redução de Carência

Idade limite para redução 59 anos 11 meses e 29 dias na data de vigência.

O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo 30 dias do início de vigência da proposta.

Somente haverá redução para operadora constante na relação das congêneres.

Permite junção de planos, desde que as operadoras constem na lista de congêneres e não tenha intervalo entre os planos.

Em um contrato familiar com redução de carência composto por beneficiário que tenha idade igual ou superior a 60 anos e outro beneficiário com idade inferior, será necessária uma declaração do titular ciente que o beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos, irá cumprir as carências contratuais.

**Tabela 01:** Possuir um plano de saúde da relação de operadoras congêneres, listadas a seguir neste aditivo, por um período igual ou maior que 06 (seis) meses e menor que 12 (doze) meses ininterruptos.

**Tabela 02** - válida para beneficiários oriundos de planos constantes na relação de operadoras congêneres com tempo de permanência igual ou superior a 12 meses ininterruptos;

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 de sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares.
- cuja data de pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 dias da data de início de vigência do benefício decorrente desta proposta.
- Oriundos de planos não regulamentados.
- Ex-beneficiários oriundos de Sul America PME e dos seguintes produtos da Sul America: 207, 217, 400, 407, 413, 417, 423, 427, 443, 447, 543, 547, 553, 557, 567, 590, 591, 592, 593, 594, 597, 598, 600, 713, 717, 720, 721, 727, 728, 729, 730, 731, 920 e 921.

**Documentos necessários para ex-beneficiários oriundos de planos pessoa física ou adesão:** cópia dos 03 últimos boletos quitados e cópia da carteirinha com a data de início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento) na falta cópia do contrato ou declaração de permanência da operadora.

**Documentos necessários para ex-beneficiários oriundos de planos empresariais ou PME:** apresentar carta original ou cópia da operadora ou da empresa contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.

A troca de operadoras dentro da Qualicorp pode ser feita através do corretor, respeitando o critério de redução de cada operadora.

RELAÇÃO DE OPERADORAS CONGÊNERES					
AGF/Allianz	AIG	Amil	Blue Life	Bradesco	Cabesp
Camed	Care Plus	DixAmico	Gama	Generali	Golden Cross
HSBC/Bamerindus	IRB	Lincx	Medial	Mediservice	NotreDame Intermedica
Omint	Petrobrás	Porto Seguro	Sompo	Sul América	Tempo
Unibanco Segs	UnimedS exceto Bahia		Volkswagen		

Grupos de carências	Cobertura	Prazos contratuais	Novos prazos	
			Tabela 1	Tabela 2

Grupo 1	Internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias 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 carências subsequentes.	180 dias	60 dias	24 horas
Grupo 2	Parto a Termo.	300 dias	300 dias	300 dias
Grupo 3	Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética, internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 dias	180 dias	180 dias
Grupo 4	Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia.	180 dias	180 dias	120 dias
Grupo 5	Doença ou lesão preexistente	720 dias	720 dias	720 dias