



Clube de Saúde
Qualicorp

Guia técnico do consultor

Plano de Saúde Coletivo por Adesão










Intermédica



Interodonto

1. Entidades | titulares elegíveis | documentos necessários

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

Entidade	Elegibilidade do titular	Documentação do titular
 <p>Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD)</p>	<p>Estudantes de graduação em Odontologia do Estado de São Paulo e os profissionais da área odontológica cuja categoria seja reconhecida pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), desde que sejam associados à Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD); cirurgiões-dentistas; técnicos em higiene bucal; técnicos em prótese dentária; auxiliares de consultórios dentários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais: cópia do CRO-SP; cópia da Carteira da APCD ou cópia do boleto de pagamento da anuidade/mensalidade em exercício da Entidade ou declaração de sócio expedida pela Entidade. • Estudantes sócios da APCD: cópia da última mensalidade da faculdade ou declaração da faculdade; cópia da Carteira da APCD ou cópia do boleto de pagamento da anuidade/mensalidade em exercício da Entidade ou declaração de sócio expedida pela Entidade. • Novos sócios da APCD: cópia do Termo de Ciência Associativa e cópia da Proposta para Sócio APCD devidamente preenchidos e assinados.
 <p>Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo (CRC SP)</p>	<p>Contadores e técnicos em Contabilidade registrados no Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo (CRC SP).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Carteira do registro no CRC SP.
 <p>Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia de São Paulo (CREA-SP)</p>	<p>Profissionais devidamente registrados no CREA-SP e residentes no Estado de São Paulo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Carteira do CREA-SP; • Cópia do comprovante de pagamento da anuidade em exercício.
 <p>Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo (CRMV-SP)</p>	<p>Profissionais devidamente registrados no CRMV-SP e residentes no Estado de São Paulo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Carteira do CRMV-SP ou cópia do comprovante de pagamento da anuidade da Entidade.
 <p>Sindicato dos Administradores no Estado de São Paulo (SAESP)</p>	<p>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).</p>	<p>Novo associado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais: cópia da Carteira de Registro no CRA-SP ou cópia do Diploma registrado do curso de Administração ou Certificado de Conclusão do curso de Administração (este com data de emissão inferior a 3 (três) anos e que conste a data de colação de grau); e o termo de filiação devidamente preenchido e assinado. • Estudantes: cópia da declaração/atestado da Universidade ou última mensalidade quitada do curso de Administração e o Termo de Filiação original devidamente preenchido e assinado. <p>Associado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais: cópia da Carteira de Registro no CRA-SP ou cópia do Diploma registrado do curso de Administração ou Certificado de Conclusão do curso de Administração (este com data de emissão inferior a 3 (três) anos e que conste a data de colação de grau) e cópia do boleto da anuidade em exercício ou declaração da Entidade ou Ficha Cadastral de Associado ou cópia da Carteira do SAESP. • Estudantes: cópia da declaração/atestado da Universidade ou última mensalidade quitada; e cópia do boleto da anuidade em exercício ou declaração da Entidade ou Ficha Cadastral de Associado ou cópia da Carteira do SAESP.
 <p>Sindicato da Micro e Pequena Indústria do Estado de São Paulo (SIMPI)</p>	<p>Empregados e empregadores (Pessoas Físicas) de empresas cujo ramo de atividade seja representado pelo Sindicato da Micro e Pequena Indústria do Estado de São Paulo (SIMPI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empregados: cópia da Carteira de Trabalho/Registro ou cópia da Relação de FGTS, atestando ser funcionário com vínculo empregatício com a Empresa. • Empregadores: cópia do Contrato Social da empresa ou cópia da última alteração do mesmo, que comprove vínculo com a Empresa. • Empregados e Empregadores: cópia do Termo de Ciência devidamente preenchido e assinado.
 <p>Sindicato dos Servidores Públicos do Município de Jundiaí (SINDSERJUN)</p>	<p>Servidores públicos municipais, das administrações direta e indireta e os servidores do Poder Legislativo Municipal associados ao Sindicato dos Servidores Públicos do Município de Jundiaí (SINDSERJUN)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do holerite constando o desconto da mensalidade em favor do Sindicato ou cópia do holerite e cópia do comprovante de pagamento da mensalidade em favor do Sindicato.

2. Dependentes elegíveis | documentos necessários

Cônjuge	<ul style="list-style-type: none">Cópia da Certidão de Casamento.
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none">Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número de RG e o número 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);Cópia do RG do(a) companheiro(a).
Filho(a) solteiro(a) até 30 anos	<ul style="list-style-type: none">Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 24 anos) OU cópia do RG (24 anos ou mais).
Filho(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.
Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular ¹	<ul style="list-style-type: none">Cópia da Certidão de Nascimento OU cópia do RG do(a) tutelado(a);Cópia da Tutela OU "Termo de Guarda" expedido por órgão oficial.

ATENÇÃO: Todos proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG e 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.

3. Tipos de plano

SEGMENTAÇÃO: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica
MAX 250	457.315/08-3	coletivo	Grupo de Municípios ¹
MAX 300	456.021/07-3	coletivo	Grupo de Municípios ¹
MAX 300 Plus	456.024/07-8	individual	Grupo de Municípios ¹

¹ Para maiores informações sobre os Grupos de Municípios, consulte o seu Supervisor de Vendas.

4. Coberturas

O plano de saúde Intermédica oferece todas as coberturas da Lei nº 9.656/98 e mais:

- Plano Odontológico incluso na contratação de qualquer um dos planos ofertados, conforme condições abaixo:

- Plano Odontológico: Premium Plus - ANS nº 447.353/03-1 (Operadora Interodonto);
- Abrangência geográfica: Nacional;
- Cobertura para o Rol de Procedimentos Odontológicos previstos na lei 9.656/98: Diagnóstico, Urgência/Emergência, Radiologia (intraoral), Prevenção em Saúde Bucal, Dentística (restaurações), Periodontia (tratamento gengival), Endodontia e Cirurgias;
- Plano Odontológico com franquias: pagamento realizado pelo beneficiário ao prestador na realização de consultas e procedimentos odontológicos.²

² Conforme condições contratuais.

5. Pagamento

5.1. Taxa de cadastramento e implantação

No ato da adesão é cobrada uma taxa de cadastramento e implantação no valor igual ao do primeiro valor mensal do benefício.

A taxa de cadastramento e implantação (que NÃO é o primeiro pagamento do valor do benefício) é devida somente em caso de aceitação do(s) proponente(s) ao contrato coletivo.

5.2. 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 5º dia útil do mês Todo dia 10 Todo dia 20	001 - Banco do Brasil 356 - Banco Real 237 - Bradesco 104 - Caixa Econômica Federal 341 - Itaú 033 - Santander

5.3. 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 financeiro;
- II) por índice de sinistralidade;
- III) por mudança de faixa etária;
- IV) em outras hipóteses, desde que em conformidade com a legislação em vigor.

5.4. Prazos para adesão

Data 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

6. Carências

Por se tratar de um contrato coletivo, os prazos de carência podem ser regulados conforme negociação entre a Qualicorp e a Intermédica. Salvo casos de redução de carência decorrentes da política comercial vigente à época de adesão ao contrato coletivo, o beneficiário titular e seu(s) beneficiário(s) dependente(s) deverão cumprir os prazos de carência abaixo, contados a partir do início da vigência do benefício.

6.1 Carências contratuais do Plano de Saúde (contadas a partir do início da vigência do benefício)

24 (vinte e quatro) horas	<ul style="list-style-type: none">• Atendimento de urgência e emergência.
30 (trinta) dias	<ul style="list-style-type: none">• Consultas médicas, raios X simples, hemograma, hemossedimentação, parasitológico de fezes, urina tipo I, colesterol, triglicérides, glicemia, ácido úrico, sódio, potássio, uréia, creatinina, papanicolau e eletrocardiograma.
180 (cento e oitenta) dias	<ul style="list-style-type: none">• Todos os exames complementares e procedimentos de terapia não relacionados acima; internações, exceto as de urgência/emergência definidas em Lei e as relacionadas a parto; internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.
300 (trezentos) dias	<ul style="list-style-type: none">• 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 seus 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.

6.2. Carências contratuais do Plano Odontológico (contadas a partir do início da vigência do benefício)

24 (vinte e quatro) horas	<ul style="list-style-type: none">• Urgência e emergência, diagnóstico, curativo, intervenção clínica e extração.
60 (sessenta) dias	<ul style="list-style-type: none">• Radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística e cirurgia.
90 (noventa) dias	<ul style="list-style-type: none">• Periodontia e endodontia.

6.3. Regras para Redução de Carências

ATENÇÃO: Todas as regras para redução de carências constam do aditivo específico para este contrato coletivo, que faz parte da Proposta.

7. Informações Importantes

- Este produto pode ser comercializado nos Grupos de Municípios de acordo com o plano contratado.
- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- 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 do beneficiário titular ao contrato coletivo.
- Proposta sujeita a análise técnica.

Área de abrangência por planos:

Região D3

- Plano MAX 250: Arujá, Barueri, Cabreúva, Caieiras, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itatiba, Itu, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Paulínia, Praia Grande, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salto de Pirapora, Santana de Parnaíba, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Suzano, Taboão da Serra, Tatuí, Vargem Grande Paulista, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
- Plano MAX 300 e MAX 300 PLUS: todos os municípios do plano MAX 250 e mais: Araçoiaba da Serra, Bertioga, Boituva, Cosmópolis, Guararema, Holambra, Ibiúna, Iperó, Itanhaém, Itapeçerica da Serra, Itapetininga, Jandira, Mairinque, Mongaguá, Monte Mor, Peruíbe, Piedade, Porto Feliz, Salesópolis, Salto, Santa Isabel, São Roque, Sumaré e Valinhos.

8. Atendimento

[Clube de Saúde](#)

Qualicorp

Central de Atendimento 24h Clube de Saúde | Qualicorp: 0800-771-4004

Site: www.qualicorp.com.br