DEZ/2025

QualiPRO PME Administrado Bahia

Onmed SAÚDE AO SEU ALCANCE

Empresa

Coberturas

Dependentes

Carências

Redução de Carências

Copart

Pagamento

Preços

Área

Rede

Infos

quali corp

Este é o projeto **PME Administrado** para o qual a Qualicorp oferece, em condições especiais, o plano de saúde coletivo empresarial da **Onmed**. Os empreendedores, sócios e funcionários devidamente registrados em um CNPJ podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais.

Elegibilidade PME	Documentação necessária*
Poderão ser consideradas elegíveis todas as empresas PME (01 a 29 vidas), beneficiários vinculados a um CNPJ (funcionários e sócio) e empreendedores individuais (MEI e Empresário Individual), são necessários no mínimo 6 meses de inscrição no CNPJ e demais empresas (EIRELLI, LTDA, S/A, S/S e S/C) imediato a partir da abertura.	**Documentação Empresa - MEI ou Empresário Individual:** declaração de MEI ou Empresário Individual; cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato; comprovante de endereço e cópia do CNPJ atualizado. **Demais empresas (EIRELLI, LTDA, S/A, S/S e S/C):** cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial; cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato; comprovante de endereço e cópia do CNPJ atualizado. **Documentação para inclusão de Titular Sócio** - Contrato social ou declaração do MEI ou firma individual; cópia do RG e do CPF. **Documentação para inclusão de Funcionário**** - Carteira de Trabalho ou cópia do FGTS ou ficha de registro ou declaração de vínculo trabalhista; cópia do RG. **Profissionais liberais sem registro na JUCESP** — enquadram-se aqueles que não exercem atividade comercial nas dependências da clínica, atuando exclusivamente na prestação de serviços profissionais, nesses casos deveram apresentar o CNAE.

***Documentação para associações, sindicatos, igrejas, condomínios ou cooperativa:** além das documentações acima, apresentar Ata válida ou Estatuto, em substituição ao Contrato Social.

****Observação:** Para comprovação de vínculo empregatício de funcionários, a operadora também aceitará a Carta de Autorização de Inclusão de Funcionário devidamente assinada pelo representante da empresa.

Coberturas

Para todos os planos

Para todos os planos relacionados neste material de vendas 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	• Cópia do RG e do CPF; • 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 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Certidão de nascimentos de filhos em comum; • Cópia do RG e cópia do CPF.
Filho(a), natural ou adotivo	• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso); • Cópia do CPF.
Enteado(a)	– Titular casado: • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso). – Titular com companheiro: • 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); ou cópia da Certidão de nascimentos de filhos em comum; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso).
Menor solteiro(a), que por força judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular*	• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do Termo da Tutela ou de guarda judicial; • Cópia do CPF.
Pai/Mãe	• Cópia do RG ou CNH do titular; • Certidão de Nascimento ou Casamento.
Padrasto/Madrasta	• Cópia do RG ou CNH do Titular; ou Cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura Pública de união estável do Titular; • Comprovante de união estável pai/mãe com padrasto/madrasta ou Certidão de Casamento.
Genro/Nora	• Cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura pública de união estável.
Irmão(ã)	• Cópia do RG ou CNH do Titular; ou • Cópia do RG ou CNH do irmão; ou • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento;
Sobrinho(a)	• Cópia do RG ou CNH do Titular; e • Cópia do RG ou CNH do pai/mãe do sobrinho; e • Cópia do RG ou CNH do sobrinho ou Certidão de Nascimento;
Neto(a)	• Cópia da Certidão de Nascimento do neto; ou Cópia do RG ou CNH da mãe/pai do neto.
Cunhado(a)	• Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou Escritura pública de união estável; ou Cópia do RG do cônjuge ou companheiro(a) do Titular; e • Cópia da Certidão de Casamento do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou Escritura pública de união estável do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou Cópia do RG do cunhado(a);
Tio(a)	• Cópia da Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento dos pais do Titular; • Cópia do RG ou CNH do tio; ou Certidão de Nascimento ou Casamento;
Sogro(a)	• Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou Escritura pública de união estável;

* Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada pela **Operadora** a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a).

As comprovações de Registro Geral (RG) e o CPF (titular e dependente) também poderão ser realizadas mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Passaporte emitido no Brasil + CPF;

b) RNE (Registro Nacional Estrangeiro) + CPF;

c) RNM (Registro Nacional Migratório) + CPF;

d) CNH (Carteira Nacional de Habilitação) + CPF;

e) Carteira do Conselho Regional + CPF;

f) Carteira da OAB (UF) + CPF;

g) Carteira funcional + CPF;

h) Print da Receita federal em substituição ao CPF; e

i) Certidão de nascimento em substituição ao Registro Geral (RG) exclusivamente para os casos de dependentes com idade até 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

Carências Contratuais

Procedimento	Prazos de Carências
Consultas Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas Eletivas	30 (trinta) dias
Exames Simples*	30 (trinta) dias
Procedimentos Ambulatoriais Simples*	30 (trinta) dias
Terapias Simples*	180 (cento e oitenta) dias
Exames Complexos*	180 (cento e oitenta) dias
Procedimentos Ambulatoriais Complexos*	180 (cento e oitenta) dias
Terapias Especiais*	180 (cento e oitenta) dias
Internações e Cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Parto a Termo	300 (trezentos) dias

*A classificação de Exames, Terapias e Procedimentos, sejam simples ou complexos, poderá ser consultada pelo beneficiário no site da Operadora/Área Logada ou Central de Atendimento.

Condições para Redução de Carências

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

- **RC 514:** Para o proponente sem plano de saúde anterior, serão aplicados os prazos dispostos na tabela "RC 514";
- **RC 614:** Para os proponentes que tenham permanecido por mais de 3 meses e menos de 1 ano no plano anterior, serão aplicados os prazos dispostos na tabela "RC 614";
- **RC 714:** Para os proponentes que tenham permanecido no mínimo 12 meses no plano anterior, serão aplicados os prazos dispostos na tabela "RC 714".
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias da data de assinatura da Proposta;
- Se o plano anterior for de segmentação apenas ambulatorial, independente da segmentação do novo plano, haverá redução de carências para procedimentos ambulatoriais (exceto internações e parto);
- Se o plano anterior for de segmentação Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia, haverá redução de carências para procedimentos ambulatoriais e internações (exceto parto).

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos cuja segmentação assistencial seja diferente de "ambulatorial ", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia", "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia", com ou sem a segmentação odontológica.
- Oriundos de planos não regulamentados.

Documentação Obrigatória

- Carta de aproveitamento de carências atual da Operadora de origem ou cópia do cartão de identificação informando a data de vigência dos planos e os 3 últimos boletos com o comprovante de pagamento.

Tabela de Redução de Carências

Procedimento	Carência Contratual	RC 514[1]	RC 614[2]	RC 714[3]
Consultas Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas Eletivas	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
Exames Simples	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
Procedimentos Ambulatoriais Simples	30 dias	30 dias	24 horas	24 horas
Terapias Simples	180 dias	180 dias	90 dias	24 horas
Exames Complexos	180 dias	180 dias	180 dias	24 horas
Procedimentos Ambulatoriais Complexos	180 dias	180 dias	180 dias	24 horas
Terapias Especiais	180 dias	180 dias	180 dias	24 horas
Internações e Cirurgias*	180 dias	180 dias	180 dias	24 horas
Parto a Termo*	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

[1] RC 514: Válido para Beneficiários sem plano anterior;
[2] RC 614: Válido para Beneficiários advindos de Operadoras Congêneres que tenham permanecido por mais de 3 meses e menos de 1 ano no plano anterior;
[3] RC 714: Válido para Beneficiários que tenham permanecido no mínimo 12 meses no plano anterior.
*As carências para internação, cirurgias e parto a termo são exclusivamente para planos ambulatoriais hospitalares com obstetrícia.

Operadoras Congêneres Operadoras com planos regulamentados na ANS

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, conforme o quadro de procedimentos e valores indicados a seguir:

Coparticipação[1]						
Procedimentos	**Percentuais**	**Classic BA Enf Copart**	**Classic BA Apto Copart**	**Life BA Enf Copart**	**Life BA Apto Copart**	**Comfort BA Apto Copart**
Consultas médicas	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00
Exames Grupo 1[2]	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00
Exames Grupo 2[2]	30% do valor do evento	10,00	10,00	10,00	10,00	15,00
Procedimentos ambulatoriais	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00
Terapias[3]	50% do valor do evento	-	-	-	-	-
Internações, exceto psiquiátricas[4]	-	250,00	250,00	250,00	250,00	400,00
Limite Mensal*	-	400,00	400,00	450,00	450,00	750,00

[1] Os valores de coparticipação e limitador poderão ser reajustados.
[2] A classificação de Exames, Terapias e Procedimentos, sejam simples ou complexos, poderá ser consultada pelo beneficiário no site da Operadora/Área logada ou Central de Atendimento.
[3] Não haverá limitação de valores para terapias.
[4] Os valores de coparticipação para internação serão cobrados por evento, independente da quantidade de dias que o beneficiário fique internado.
*Os valores de coparticipação que excederem o Limite Mensal disposto, serão cobrados no mês subsequente.

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	1 10 20	Todo dia 1 Todo dia 10 Todo dia 20	Em qualquer banco, até o vencimento.	
Débito automático em conta-corrente	1 10 20	Todo dia 1 Todo dia 10 Todo dia 20	001 - Banco do Brasil 237 - Bradesco 070 - BRB	104 - Caixa Econômica Federal 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.

PLANOS

Data base de reajuste: **Outubro**
Data de validade das tabelas: **Dezembro/2025 até Setembro/2026**

Planos SEM Coparticipação

	Classic BA CE Enf	Classic BA CE Apto	Life BA CE Enf	Life BA CE Apto	Comfort BA CE Apto
	505.271/25-8	505.272/25-6	505.275/25-1	505.276/25-9	505.279/25-3
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia				
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios				
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual	Individual
Coparticipação	Não				
Até 18 anos	302,21	377,77	310,13	387,65	513,52
De 19 a 23 anos	368,09	460,12	377,73	472,16	625,47
De 24 a 28 anos	423,31	529,14	434,40	542,98	719,29
De 29 a 33 anos	478,76	598,46	491,30	614,11	813,52
De 34 a 38 anos	531,90	664,89	545,84	682,28	903,82
De 39 a 43 anos	609,03	761,30	624,98	781,21	1.034,87
De 44 a 48 anos	756,41	945,53	776,23	970,27	1.285,31
De 49 a 53 anos	946,27	1.182,86	971,06	1.213,80	1.607,92
De 54 a 58 anos	1.208,39	1.510,51	1.240,04	1.550,03	2.053,32
A partir de 59 anos	1.744,91	2.181,18	1.790,62	2.238,24	2.964,99

Valores mensais expressos em Reais (R$), per capita.

Planos COM Coparticipação

	Classic BA CE Enf Copart	Classic BA CE Apto Copart	Life BA CE Enf Copart	Life BA CE Apto Copart	Comfort BA CE Apto Copart
	505.274/25-2	505.273/25-4	505.277/25-7	505.278/25-5	505.280/25-7
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia				
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios				
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual	Individual
Coparticipação	Sim				
Até 18 anos	251,84	314,81	258,45	323,04	427,94
De 19 a 23 anos	306,74	383,44	314,79	393,47	521,22
De 24 a 28 anos	352,75	440,96	362,01	452,49	599,41
De 29 a 33 anos	398,96	498,73	409,43	511,76	677,93
De 34 a 38 anos	443,25	554,09	454,88	568,57	753,18
De 39 a 43 anos	507,52	634,43	520,83	651,01	862,39
De 44 a 48 anos	630,34	787,96	646,88	808,56	1.071,09
De 49 a 53 anos	788,56	985,74	809,24	1.011,51	1.339,94
De 54 a 58 anos	1.006,99	1.258,79	1.033,40	1.291,69	1.711,10
A partir de 59 anos	1.454,09	1.817,69	1.492,23	1.865,21	2.470,83

Valores mensais expressos em Reais (R$), per capita.

BAHIA

- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Camaçari, Candeias, Feira de Santana, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador, Santo Amaro, Saubara, Simões Filho, São Francisco do Conde e Vera Cruz.

Rede Médica e Laboratorial

Informações resumidas e sujeitas a alterações.

- Para acessar a rede Médica e Laboratorial dos produtos, acesse o site da Operadora

https://onmedsaude.com.br/

- Administradora de Benefícios/Contratante: Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.

- Este material técnico é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores, não podendo ser cedido e divulgado por terceiros. A validade das tabelas aqui constantes compreende o período indicado no cabeçalho e a suspensão de sua comercialização ou a exclusão de uma ou mais entidades de classe podem ocorrer a qualquer momento e sem prévio aviso.

- A **Onmed Saúde** 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 **Onmed Saúde: www.onmed.com.br**

Qualicorp Adm. de Benefícios: ANS nº 417173

OnMed Saúde: ANS nº 304212

Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:
4004-4400

Demais regiões:
0800-016-2000