

ABR/2025

QualiPRO
PME BA
Administrado



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 Atitude Saúde. 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
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todas as pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a Pessoa Jurídica Contratante - EMPRESA/PME (02 a 29 vidas).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Os documentos exigidos para a empresa no projeto PME Administrado são os atos constitutivos da empresa (contrato/estatuto social), CAEPF, cartão CNPJ comprovando a situação da empresa como ativa e os documentos dos sócios.• Poderão ser incluídos como beneficiários, nos termos da RN 557/2022 da ANS, as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo empregatício ou estatutário com as empresas contratantes:<ul style="list-style-type: none">I – a população delimitada e vinculada à empresa por relação empregatícia ou estatutária;II – os sócios da empresa;III – os administradores da empresa;IV – os trabalhadores temporários da empresa;V – os estagiários e menores aprendizes da empresa.

- Esse projeto somente poderá ser comercializado pelo canal interno de todo o Brasil e canal externo exclusivo da UF do projeto.

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

Coberturas Adicionais

Para todos os planos

- Sistema Abrange

A Operadora integra o Sistema de Atendimento de Urgência e Emergência em Trânsito da ABRAMGE. Os beneficiários da Atitude Saúde que estiverem em trânsito fora da área de abrangência do plano contratado, terão acesso aos atendimentos de urgência e emergência em hospital indicado por outra operadora de plano de saúde associada à ABRAMGE.



Documentação dos dependentes

Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG e cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento.
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Certidão de União Estável Pública registrada em cartório; • Certidão de Nascimentos de filhos em comum; • Cópia do RG e cópia do CPF.
Filho(a) ou Enteadado(a) solteiro(a), natural ou adotivo(a) até 21 (vinte e um) anos de idade completos, ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Atestado/Documentação que comprove a invalidez.
Filho(a) solteiro(a), natural ou adotivo(a) entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade completos, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, estudante de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso); • Cópia do CPF; • Declaração Anual de Imposto de Renda para comprovação de dependência econômica; • Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação.
Enteadado(a) solteiro(a), entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação	<ul style="list-style-type: none"> – Titular casado: <ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Declaração Anual de Imposto de Renda para comprovação de dependência econômica; • Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação. – Titular com companheiro(a): <ul style="list-style-type: none"> • Certidão de União estável pública registrada em cartório; • Cópia do RG e cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Declaração Anual de Imposto de Renda para comprovação de dependência econômica; • Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação.
Menor solteiro(a), que por força judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular*	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do Termo da Tutela ou da Guarda Judicial; • Cópia do CPF.

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) 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

Grupos de Carência	Cobertura	Prazos de Carências Contratuais
Grupo 0	Urgência e Emergência (Nos termos da Resolução Consu nº 13/98)	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas	30 (trinta) dias
Grupo 2	Exames e procedimentos simples: especificamente: Hemograma, parasitológico de fezes, rotina de urina; Raio X Torax – PA/Perfil, USG abdômen total e exame ginecológico preventivo.	30 (trinta) dias
Grupo 3	Exames/procedimentos especiais*: todas as demais coberturas não descritas nos itens anteriores desde que previstas no Rol de Procedimentos vigente; os tratamentos clínicos e cirúrgicos em regime de internação, ressalvado os relacionados ao trabalho de parto, cuja cobertura somente se dará após transcorrido o prazo disposto no item seguinte; exames e procedimentos de alta complexidade ou com Diretriz de Utilização, conforme classificação do Rol da ANS.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 4	Internação	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Parto a Termo	300 (trezentos) dias

Condições para Redução de Carências

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

- a. Possuir um plano de saúde da “Relação de operadoras congêneres”, listadas a seguir, por um período mínimo de 6 (seis) meses ininterruptos;
- b. O plano anteriormente contratado deve estar ativo no ato da assinatura do Contrato de Adesão ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias do ato de assinatura da Proposta.

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

- a. Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de ambulatorial + hospitalar com obstetrícia;
- b. Cujas datas do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de início de vigência do benefício decorrente da Proposta.

Tabelas de Redução de Carências

Grupos de Carência	Cobertura	Prazos Contratuais*	Permanência de 6 (seis) a 12 (doze) meses no plano de origem	Permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem
Grupo 0	Urgência e Emergência (nos termos da Resolução Consu nº 13/98)	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas e exames e procedimentos simples: especificamente: Hemograma, parasitológico de fezes, rotina de urina; Raios X Torax – PA/Perfil, USG abdômen total e exame ginecológico preventivo.	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 2	Internações e exames/procedimentos especiais: todas as demais coberturas não descritas nos itens anteriores desde que previstas no Rol de Procedimentos vigente; os tratamentos clínicos e cirúrgicos em regime de internação, ressalvado os relacionados ao trabalho de parto, cuja cobertura somente se dará após transcorrido o prazo disposto no item seguinte; exames e procedimentos de alta complexidade ou com Diretriz de Utilização, conforme classificação do Rol da ANS.	180 (cento e oitenta) dias	120 (cento e vinte) dias	90 (noventa) dias
Grupo 3	Parto a Termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
Grupo 4	Terapias	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias

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

Relação de Operadoras Congêneres

• Allianz	• Cassi	• Porto Seguro
• Amil	• Gama	• Promédica
• Aurora Saúde	• Golden Cross	• Seguros Unimed
• Blue Saúde	• Hapvida	• SulAmérica
• Bradesco	• Lincx	• Tempo
• Brasil Saúde	• NDI	• União Médica
• Caixa Seguros	• Nordeste Saúde	• Unimed's
• Care Plus	• Omint	• Você Total
• Casseb	• One Health	• You Saúde

Condições para Redução de Carências

Documentação necessária

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da Operadora:

Para proponentes oriundos de plano de saúde individuais ou familiares:

- a. Comprovante de início no plano de saúde anteriormente contratado (cópia do contrato **ou** cartão de identificação com data de início no plano de saúde anterior);
- b. Cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados **ou** declaração da operadora congênere, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

- a. Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
 - operadora contratada;
 - tipo de plano e acomodação em internação;
 - relação de beneficiários (titular e dependentes), com a data de início da cobertura, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento.

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 solicitante 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	Facilites Saúde Empresarial I	Facilites Saúde Empresarial II
Consulta eletiva	25,00	25,00
Consulta de urgência/emergência	40,00	40,00
Exames	20%	20%
Terapias	30%	30%
Internação, exceto psiquiátrica ²	100,00	200,00

¹ Os valores de coparticipação poderão ser reajustados.

² Os valores de coparticipação para internação serão cobrados por evento, independente da quantidade de dias que o beneficiário fique internado.



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 dia 1º 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:
 - reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
 - reajuste por mudança de faixa etária;
 - 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: **Fevereiro**

Data de validade das tabelas: **Fevereiro/2025 até Janeiro/2026**



Planos COM Coparticipação

	Facilites Saúde Empresarial I	Facilites Saúde Empresarial II
	497.764/24-5	497.763/24-7
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios	
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual
Até 18 anos	150,18	190,70
De 19 a 23 anos	172,72	219,32
De 24 a 28 anos	210,71	267,56
De 29 a 33 anos	242,32	307,70
De 34 a 38 anos	266,56	338,46
De 39 a 43 anos	303,87	385,86
De 44 a 48 anos	358,57	455,30
De 49 a 53 anos	430,28	546,37
De 54 a 58 anos	580,88	737,60
A partir de 59 anos	842,27	1.069,51

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



- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Candeias, Casa Nova, Conceição do Coité, Cruz das Almas, Dias d'Ávila, Euclides da Cunha, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ipirá, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Luís Eduardo Magalhães, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Santo Estêvão, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho e Vitória da Conquista.



Rede Médica e Laboratorial

Informações resumidas e sujeitas a alterações.

Cidade	Hospitais	Todos os planos
Alagoinhas	Hosp. UMI Urgência Médica Infantil	PS
Barreiras	Hosp. Cotefi	PS/INT
Camaçari	Hosp. Sermege	PS/INT
	São Matheus Hospital Dia	INT
Candeias	Hosp. Medicina Humana	PS/INT
	Hosp. Clima	INT
Cruz das Almas	Hosp. Evanice Rocha	INT/MAT
Eunápolis	Hosp. Ames	PS/INT/MAT
Feira de Santana	Hosp. Bambino	PS/INT
	Hosp. Ortopédico	PS
	Hosp. Rafah	INT/MAT
	Hosp. Dom Pedro de Alcantara - Sta. Casa Miseric.	PS/INT
Ilhéus	HCM - Hosp. das Clín. de Malhado (Antiga COCI)	PS/INT
Jacobina	Hosp. Geral Serrano	PS/INT
Juazeiro	Hosp. Memorial do Vale	PS/INT/MAT
	Hosp. Imaculada Conceição	PS/INT/MAT
Lauro de Freitas	Hosp. Sote	PS/INT
	Hosp. Sokids	PS/INT
Luiz Eduardo Magalhães	Hosp. e Mat. Silvestre	PS/INT
Porto Seguro	Hosp. Neurocor	PS/INT/MAT
Salvador	Agenor Paiva	PS/INT
	Hosp. da Bahia	PS/INT
	Hosp. Santo Amaro	PS/MAT
	Hosp. COT	PS/INT
	Hosp. Fund. Bahiana de Cardiologista	PS/INT
Santo Antonio de Jesus	Hosp. Mat. Luiz Argollo	PS/INT/MAT
	Hosp. Incar	PS/INT/MAT
	Hosp. Sto. Antônio do Recôncavo	INT
Serrinha	Hosp. Hosca	PS/INT
	Hosp. Geral Ferreira Filho	PS/INT
Valença	Sta. Casa de Miseric. de Valença	PS/INT/MAT
Vitória da Conquista	Hosp. São Vicente de Paula Sta. Casa	PS/INT
	HCC Hosp. das Clín. de Conquista	INT

Cidade	Laboratórios	Todos os planos
Camaçari	Laborvida	LAB
Cruz das Almas	Laboanálise, Cepac e Clín. Cardio Imagem	LAB
Feira de Santana	Vitalab, Biocenter e Anacli	LAB
Ilhéus	Imagepat	LAB
Lauro de Freitas	Vitalab e Lab. Leme	LAB
Salvador	Vitalab, Lab. Leme, Lab. Nap, Imagepat e LAC	LAB
São Gonçalo dos Campos	Vitalab e Biocenter	LAB
Vitória da Conquista	Lab. Labo, Chiacchio e Imagepat	LAB

PS – Pronto-Socorro | **INT** – Internação | **MAT** – Maternidade | **LAB** – Laboratório



- 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 pode ocorrer a qualquer momento e sem prévio aviso.

- A **Atitude 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 **Atitude Saúde**:
www.planoatitudesaude.com.br

Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-016-2000

