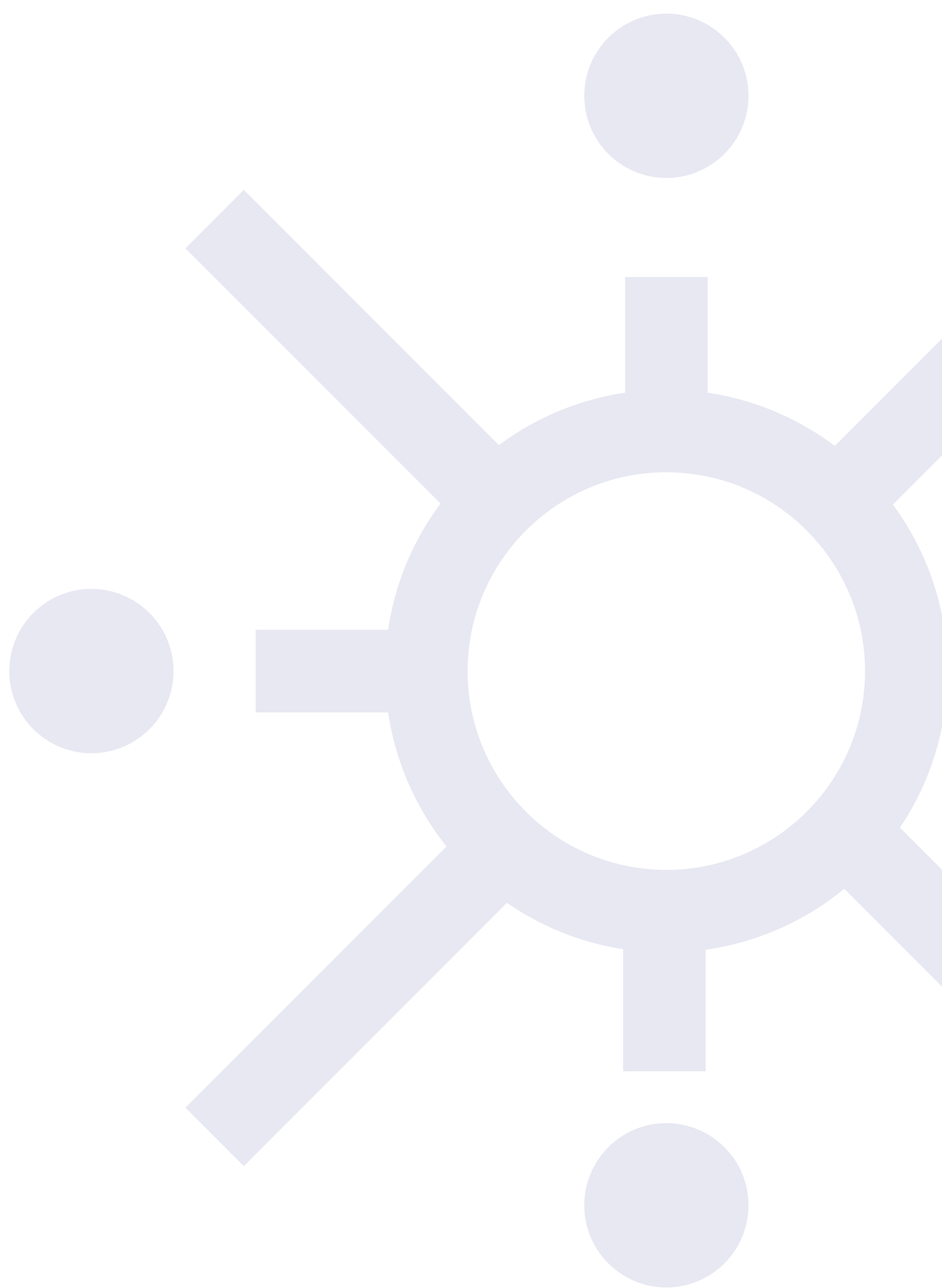


Entidades	Coberturas	Benefícios	Dependentes
Carências	Redução de Carências	Copart	Pagamento
Preços	Área	Rede	Infos

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



Entidades | Públicos

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

	ABRABDIR Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito Bacharel em Direito
Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os bacharéis em direito associados à ABRABDIR – Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito.	• Bacharel: cópia do diploma ou cópia da certidão de graduação em direito, obtido em instituição de ensino oficialmente autorizada e credenciada e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

	ABO-BA Associação Brasileira de Odontologia – Seção Bahia Cirurgião-Dentista
Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os cirurgiões-dentistas associados à Associação Brasileira de Odontologia – Seção Bahia (ABO-BA) e regularmente inscritos no Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CRO-BA), assim como os estudantes de graduação em odontologia associados à ABO-BA.	• Cirurgião-dentista: cópia da carteira do CRO-BA e cópia da carteira de associado a ABO-BA ou cópia da carteira do CRO-BA e declaração original de associado emitida pela entidade com anuidade paga. • Estudante de graduação em Odontologia: cópia da última mensalidade quitada da faculdade ou declaração da faculdade e cópia da carteira de associado a ABO-BA ou declaração original de associado emitida pela entidade com anuidade paga.

	CRA-BA Conselho Regional de Administração da Bahia Administrador
Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os administradores devidamente registrados no Conselho Regional de Administração da Bahia.	• Cópia da carteira do CRA-BA e declaração de adimplente ou declaração original de regularidade e adimplência no Conselho Regional de Administração BA.

	CRECI-BA Conselho Regional de Corretores de Imóveis do Estado da Bahia – 9ª Região Corretor de Imóveis
Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os corretores de imóveis devidamente registrados no Conselho Regional de Corretores de Imóveis do Estado da Bahia – 9ªRegião (CRECI-BA).	• Cópia da certidão de regularidade profissional (CARP) e cópia da carteira de corretor de imóveis.

	CREFONO-4 Conselho Reg. de Fonoaudiologia - 4ª Região - Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe Fonoaudiólogo
Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os fonoaudiólogos inscritos no Conselho Regional de Fonoaudiologia 4ª Região (CREFONO-4).	• Cópia da carteira do Crefono-4 ou declaração original de associado emitida pela entidade.

	GASP Grupo Associativo dos Servidores Públicos Servidor Público
Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os servidores públicos ativos estaduais, municipais e federais associados ao Grupo Associativo dos Servidores Públicos (GASP).	• Cópia do holerite e Declaração original da Entidade comprovando o vínculo associativo à GASP.



MÚTUA | Mútua de Assistência dos Profissionais da Engenharia, Arquitetura e Agronomia

Profissional da Mútua

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais registrados em um dos CREA's (engenheiro, de arquiteto e urbanista, de engenheiro agrônomo, de geólogo, de geógrafo, de meteorologista, de tecnólogo e de técnico) devidamente associados à Mútua de Assistência dos Profissionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Mútua).	• Cópia da carteira do CREA-UF e cópia da carteira da MÚTUA ou cópia da carteira do CREA-UF e declaração original de associação emitida pela MÚTUA.

Coberturas Garantidas

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.

Benefício Opcional

Para todos os planos

epharma

• O Benefício Epharma

- O Epharma é um Programa de Benefícios em Medicamentos, que tem como objetivo tornar o acesso a medicamentos mais fácil e econômico para os beneficiários, de forma a incentivar a adesão ao tratamento prescrito e contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida.

• Subsídio Mensal

- Esse programa garante um subsídio mensal, não acumulativo, com valores de acordo com o plano contratado, para medicamentos Genéricos e marca Tarjados, cuja relação pode ser consultada pelo beneficiário no aplicativo da Epharma.
- Para utilização do benefício, o beneficiário deverá fazer o download do aplicativo Epharma.

Produto	Subsídio Mensal	Valor por beneficiário*
Plenus 1	R\$ 100,00 (cem reais)	R\$ 19,90 (dezenove reais e noventa centavos)

* O valor por beneficiário será reajustado anualmente, no mês de novembro.

• Rede Credenciada do Programa

- São consideradas como Rede Credenciada do Programa, todas as farmácias constantes no aplicativo da Epharma, podendo ser consultada por qualquer beneficiário de acordo com o programa. Estas redes serão as únicas que poderão atender ao beneficiário de forma efetiva ao Programa, dando o subsídio e o desconto acordado para cada medicamento constante na Lista de Medicamentos da Epharma.

Atenção: Após o limite mensal de subsídio, o beneficiário poderá continuar comprando pelo autorizador Epharma, medicamentos com descontos de até 80%(oitenta por cento). Para confirmar o valor de desconto, o beneficiário deverá consultar a informação na Farmácia participante do programa.

Documentação dos dependentes

Cônjuge	• Cópia do RG e cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
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 Nascimento de filhos em comum; • Cópia do RG e cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a), natural ou adotivo(a) até 35 anos, 11 meses e 29 dias	• Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) até 35 (trinta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	– Titular casado: • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde. – Titular com 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); ou cópia da Certidão de Nascimento de filhos em comum; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
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 da Guarda Judicial; • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Pai/Mãe	• Cópia do RG ou CNH do Titular; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cartão Nacional de Saúde.
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. • Cartão Nacional de Saúde.
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; • Cartão Nacional de Saúde.
Cunhado(a)	• Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou escritura pública de união estável; ou RG do cônjuge ou companheiro(a) do Titular; • 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 RG do cunhado(a); • Cartão Nacional de Saúde.

*Cessados os efeitos da Guarda ou Tutela, será analisada a possibilidade de permanência do (a) dependente no benefício.

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/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

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; • Cartão Nacional de Saúde.
Sogro(a)	• Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou Escritura pública de união estável; • Cartão Nacional de Saúde.
Sobrinho(a)	• Cópia do RG ou CNH do Titular; • Cópia do RG ou CNH do pai/mãe do sobrinho; • Cópia do RG ou CNH do sobrinho ou Certidão de Nascimento; • Cartão Nacional de Saúde.
Genro/Nora	• Cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura pública de união estável; • Cartão Nacional de Saúde.
Neto(a)	• Cópia da Certidão de Nascimento do neto; ou RG ou CNH da mãe/pai do neto; • 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) 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.

As comprovações de Registro Geral (RG) e o CPF 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).

Carências Contratuais

Carência	Grupos de Procedimentos*	Carência Contratual
Urgência e Emergência	Acidente Pessoal Consulta Em Pronto Socorro	24 horas
Consultas e Exames simples	Consulta Médica Ambulatorial, Laboratório Simples, Radiografia Simples, Eletrocardiograma e Papanicolau	30 dias
Exames de Média complexidade	Ultrassonografia, Radiografia Contrastados, Laboratório de Média Complexidade (Hormonais, Imunológicos e Teste de Sensibilidade), Teste Ergométrico, Mapa, Holter, Exames Oftalmológicos Simples, Exames Obstétricos e Audiometrias	90 dias
Exames de Alta complexidade	Cintilografias, Laboratório de Alta Complexidade (Genéticos), Tomografias, Ressonância Magnética, Punções Guiadas/Anatomopatológico, Endoscopias, Biópsias, Mamografias, Densitometria Óssea, Exames Oftalmológicos Complexos e Doppler	180 dias
Procedimentos de Média complexidade	Citologia, Pequenas Cirurgias e Colocação de DIU	180 dias
Procedimentos de Alta complexidade	Quimioterapia, Radioterapia e Hemodiálise	180 dias
Terapias simples	Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia e Acupuntura	120 dias
Terapias especiais	Terapias especiais com DUT (Terapia Antineoplásica Oral, Terapia Imunobiológica, Terapias Isoladas ou Multidisciplinares com Métodos Específicos - ABA, Bobath e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens	180 dias
Internações e Cirurgias	-	180 dias
Parto a termo	-	300 dias
Doenças e Lesões preexistentes	-	730 dias

*As informações dispostas nos grupos de exames, procedimentos e terapias, são exemplos, portanto, a relação detalhada de cada grupo poderá ser consultada pelo beneficiário no site www.amplasaude.com.

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 neste material, por um período igual ou maior que 6 (seis) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 1”;
- b.

O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício.

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

- a.

Proponente oriundo de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais;
- b.

Proponente oriundo de planos não regulamentados pela lei nº 9.656/98;
- c.

Proponente advindo de operadora/seguradora não constantes na relação de Operadoras Congêneres, listadas a seguir;
- d.

Proponente cuja data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de início de vigência do benefício.

Tabelas de Redução de Carências

Carência	Grupos de Procedimentos*	Carência Contratual	Tabela 1
Urgência e Emergência	Acidente Pessoal Consulta Em Pronto Socorro	24 horas	24 horas
Consultas e Exames simples	Consulta Médica Ambulatorial, Laboratório Simples, Radiografia Simples, Eletrocardiograma e Papanicolau	30 dias	24 horas
Exames de Média complexidade	Ultrassonografia, Radiografia Contrastados, Laboratório de Média Complexidade (Hormonais, Imunológicos e Teste de Sensibilidade), Teste Ergométrico, Mapa, Holter, Exames Oftalmológicos Simples, Exames Obstétricos e Audiometrias	90 dias	90 dias
Exames de Alta complexidade	Cintilografias, Laboratório de Alta Complexidade (Genéticos), Tomografias, Ressonância Magnética, Punções Guiadas/ Anatomopatológico, Endoscopias, Biópsias, Mamografias, Densitometria Óssea, Exames Oftalmológicos Complexos e Doppler	180 dias	180 dias
Procedimentos de Média complexidade	Citologia, Pequenas Cirurgias e Colocação de DIU	180 dias	180 dias
Procedimentos de Alta complexidade	Quimioterapia, Radioterapia e Hemodiálise	180 dias	180 dias
Terapias simples	Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia e Acupuntura	120 dias	120 dias
Terapias especiais	Terapias especiais com DUT (Terapia Antineoplásica Oral, Terapia Imunobiológica, Terapias Isoladas ou Multidisciplinares com Métodos Específicos - ABA, Bobath e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens	180 dias	180 dias
Internações e Cirurgias	-	180 dias	180 dias
Parto a termo	-	300 dias	300 dias
Doenças e Lesões preexistentes	-	730 dias	730 dias

*As informações dispostas nos grupos de exames, procedimentos e terapias, são exemplos, portanto, a relação detalhada de cada grupo poderá ser consultada pelo beneficiário no site www.amplasaude.com.

Condições para Redução de Carências

Relação de Operadoras Congêneres

• Allianz	• NDI SP/RJ/MG	• Unimed Campinas	• Unimed São José do Rio Preto
• Amil	• Omint	• Unimed Curitiba	• Unimed São José dos Campos
• Assim Saúde	• One Health	• Unimed FERJ	• Unimed Sorocaba
• Aurora	• Paraná Clínicas	• Unimed Jacareí	• Unimed Taubaté
• Blue Saúde	• Porto Seguro	• Unimed Leste Fluminense	• Unimed Uberlândia
• Bradesco	• Seguros Unimed	• Unimed Recife	• Unimed Vitória
• Central Nacional Unimed	• Sompo Seguros	• Unimed Ribeirão Preto	• Usisaúde
• Clinipam	• SulAmérica	• Unimed Rio	
• Golden Cross	• Unimed Belo Horizonte	• Unimed Santos	

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:

- a. Carta da Operadora/Seguradora, contendo informações como o período de permanência, plano e acomodação;

b. Cópia digital do cartão de identificação da congênere, desde que contenha a data de início de vigência;

c. Cópia de 2 (dois) últimos comprovantes de pagamentos* com a Operadora/ seguradora anterior.

*No caso de plano de origem na contratação “coletiva empresarial” fica dispensado o comprovante de pagamento do beneficiário.

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:

Limites em Reais R\$ ¹							
Procedimentos	Coparticipação ¹	Linha Ampla 200	Linha Ampla 300	Linha Ampla 400	Linha Ampla 500	Linha Ampla 600	Linha Ampla 700
Consultas médicas	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00	70,00
Exames Grupo 1 ²	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00	70,00
Exames Grupo 2 ²	30% do valor do evento	10,00	10,00	10,00	10,00	15,00	15,00
Procedimentos ambulatoriais	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00	70,00
Terapias ³	50% do valor do evento	-	-	-	-	-	-
Internações, exceto psiquiátricas ⁴	-	250,00	250,00	250,00	250,00	400,00	400,00
Limite Mensal ¹	-	400,00	450,00	550,00	600,00	750,00	1.000,00

¹ Os valores de coparticipação e limitadores poderão ser reajustados.

² A relação detalhada de cada grupo de Exames poderá ser consultada pelo beneficiário no site www.amplasaude.com

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. Para internação psiquiátrica deve-se observar o disposto no item 9.1. da Proposta.



Taxa de Angariação

- A taxa de angariação é devida ao angariador no ato da assinatura da Proposta, por conta da intermediação da contratação do benefício, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado.
- A taxa de angariação NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade.
- Em caso de não aceitação da Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao solicitante titular.

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:
 - 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: Maio
Data de validade das tabelas: Maio/2024 até Abril/2025

Planos SEM Coparticipação

	Ampla 200 AD QC EF	Ampla 200 AD QP EF	Ampla 300 AD QC EF	Ampla 300 AD QP EF	Ampla 400 AD QP EF	Ampla 500 AD QP EF	Ampla 600 AD QP EF	Ampla 700 AD QP EF
	499.200/24-8	499.201/24-6	499.272/24-5	499.273/24-3	499.278/24-4	499.192/24-3	499.285/24-7	499.198/24-2
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Estados							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual				
Até 18 anos	284,28	355,34	288,58	360,73	379,63	401,80	436,39	707,65
De 19 a 23 anos	346,24	432,81	351,49	439,36	462,39	489,39	531,53	861,93
De 24 a 28 anos	398,19	497,73	404,21	505,26	531,74	562,79	611,26	991,20
De 29 a 33 anos	450,34	562,93	457,16	571,45	601,40	636,51	691,33	1.121,05
De 34 a 38 anos	500,34	625,41	507,90	634,89	668,15	707,16	768,08	1.245,49
De 39 a 43 anos	572,89	716,10	581,56	726,94	765,04	809,71	879,44	1.426,09
De 44 a 48 anos	711,51	889,39	722,30	902,88	950,18	1.005,66	1.092,26	1.771,20
De 49 a 53 anos	890,11	1.112,64	903,59	1.129,49	1.188,68	1.258,08	1.366,41	2.215,76
De 54 a 58 anos	1.136,66	1.420,83	1.153,88	1.442,35	1.517,93	1.606,56	1.744,91	2.829,54
A partir de 59 anos	1.641,34	2.051,69	1.666,20	2.082,76	2.191,90	2.319,88	2.519,65	4.085,84

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

Planos COM Coparticipação

	Ampla 200 AD QC Copart EF	Ampla 200 AD QP Copart EF	Ampla 300 AD QC Copart EF	Ampla 300 AD QP Copart EF	Ampla 400 AD QP Copart EF	Ampla 500 AD QP Copart EF	Ampla 600 AD QP Copart EF	Ampla 700 AD QP Copart EF
	499.184/24-2	499.183/24-4	499.266/24-1	499.267/24-9	499.275/24-0	499.190/24-7	499.284/24-9	499.197/24-4
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Estados							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual				
Até 18 anos	236,89	296,13	240,48	300,60	316,35	334,83	363,66	589,70
De 19 a 23 anos	288,54	360,68	292,90	366,14	385,33	407,81	442,94	718,26
De 24 a 28 anos	331,83	414,78	336,85	421,05	443,11	468,99	509,38	826,00
De 29 a 33 anos	375,29	469,10	380,98	476,21	501,16	530,43	576,11	934,21
De 34 a 38 anos	416,95	521,18	423,26	529,08	556,80	589,31	640,06	1.037,90
De 39 a 43 anos	477,40	596,75	484,63	605,79	637,53	674,75	732,86	1.188,40
De 44 a 48 anos	592,94	741,16	601,91	752,39	791,81	838,05	910,21	1.476,00
De 49 a 53 anos	741,76	927,19	752,99	941,24	990,56	1.048,40	1.138,68	1.846,48
De 54 a 58 anos	947,21	1.184,03	961,58	1.201,96	1.264,94	1.338,81	1.454,10	2.357,95
A partir de 59 anos	1.367,79	1.709,73	1.388,51	1.735,63	1.826,58	1.933,24	2.099,71	3.404,88

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



- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Alagoinhas, Camaçari, Dias D'Ávila, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador e Simões Filho.



Cidade	Hospitais	Ampla 200	Ampla 300	Ampla 400	Ampla 500	Ampla 600	Ampla 700
Feira de Santana	EMEC	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT
	Hosp. Santa Emilia	-	-	-	-	MAT	MAT
Jequié	Hosp. Santa Helena	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT
Lauro de Freitas	Hosp. Aeroporto	-	-	-	-	PS/INT	PS/INT
Salvador	HBA	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT
	Somed Socorros Médicos	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	Hosp. Santo Amaro	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT
	Hosp. Portugues	-	-	-	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT
	Cardio Pulmonar da Bahia	-	-	-	-	PS/INT	PS/INT
	HSR	-	-	-	-	PS/INT	PS/INT

Cidade	Labortórios	Ampla 200	Ampla 300	Ampla 400	Ampla 500	Ampla 600	Ampla 700
Feira de Santana	Lade Lab., Cedapi - Cto. Diagnóstico Pires, Labore E Bio Center	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	Hosp. Santa Emilia	-	-	-	-	LAB	LAB
Lauro de Freitas	Labchecap Vilas do Atlântico e LPC Lab. de Patologia - Unid. Vilas do Atlântico	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	A+ Medicina Diagnostica	-	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
Salvador	Clivale Iguatemi, Labaclen, Sabin Med. Diagnóstica e Lavoisier	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	A+ BA Imbui	-	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	Hosp. Portugues	-	-	-	LAB	LAB	LAB
	HSR	-	-	-	-	LAB	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 ou a exclusão de uma ou mais entidades de classe podem ocorrer a qualquer momento e sem prévio aviso.
- A **Ampla 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 **Ampla Saúde**: www.amplasaude.com

Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-16-2000

