

MAR/2026

**QualiPRO**  
Bahia

Entidade

Coberturas

Benefícios

Dependentes

Carências

Redução de  
Carências

Copart

Pagamento

Preços

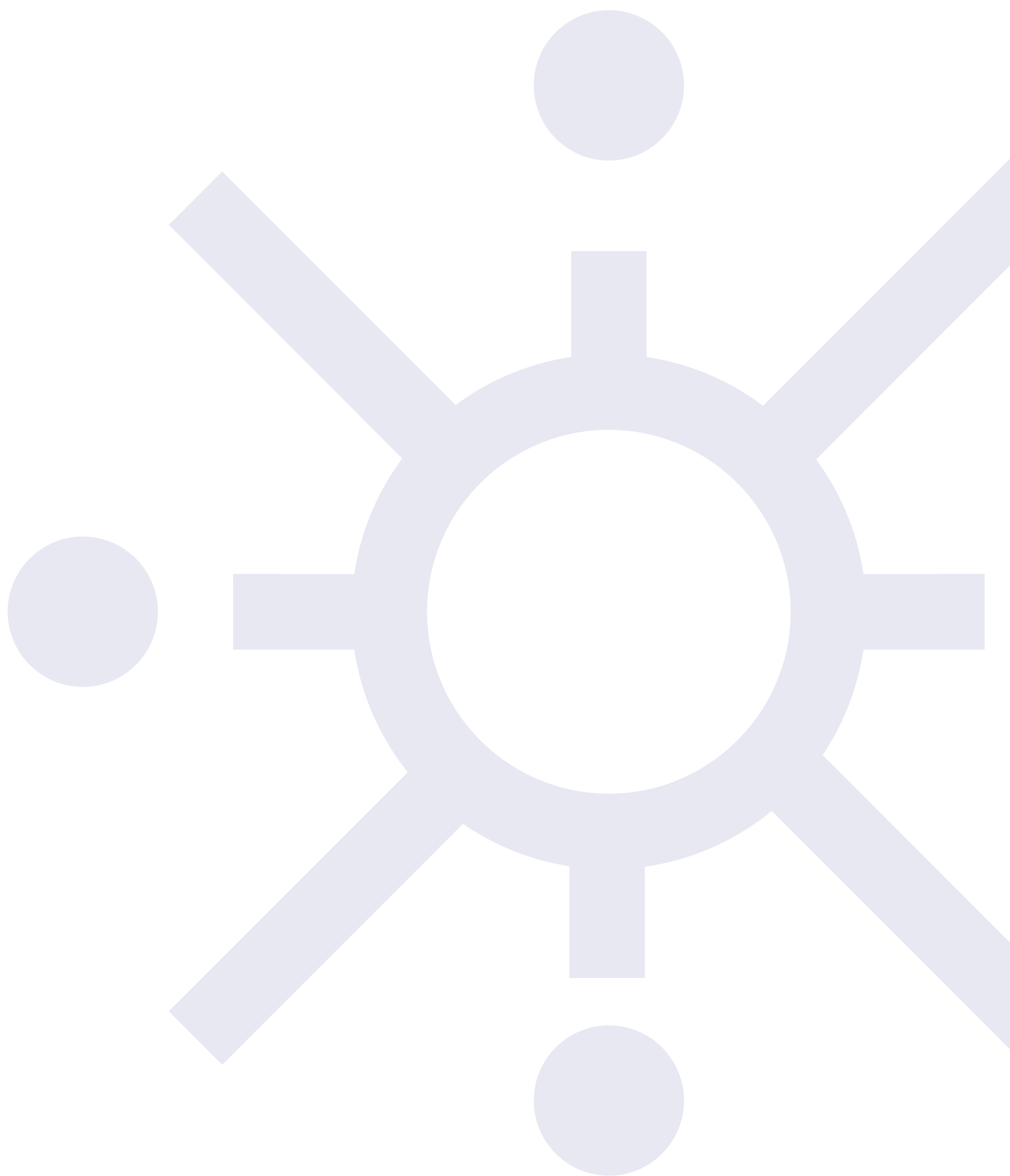
Área

Rede

Infos



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





### Titular

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais liberais: Administradores; Advogados; Agrônomos; Arquitetos; Arquivistas; Artistas Plásticos; Assistentes Sociais; Astrólogos; Atores; Atuários; Autores Teatrais; Bibliotecários; Biólogos; Biomédicos; Cenógrafos; Compositores Musicais; Contabilistas; Corretores de Imóveis; Corretores de Seguros; Dentistas; Desenhistas Industriais de Produto (Designer de Produto); Desenhistas Industriais de Produto de Moda (Designer de Moda); Desenhistas Industriais Gráficos (Designer Gráfico); Desenhistas Técnicos Aeronáuticos; Designers de Interiores; Economistas; Educadores Físicos; Enfermeiros; Engenheiros Aeronáuticos; Engenheiros; Enólogos; Escritores; Estatísticos; Farmacêuticos; Filósofos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Fotógrafos Geógrafos; Geólogos; Historiadores; Jornalistas; Leiloeiros; Letras; Matemáticos; Médicos; Médicos Veterinários; Museólogos; Músicos; Negócios Imobiliários; Notários; Nutricionistas; Oceanógrafos; Odontologistas; Parteiras; Pedagogos; Professores; Profissionais de Informática; Profissionais de Tecnologia da Informação (TI); Protéticos Dentários; Psicólogos; Publicitários; Químicos; Radiologistas; Relações Públicas; Sociólogos; Técnicos de Laboratório de Análises Físico-Químicas; Técnicos de Laboratório Industrial; Técnicos em Laboratório de Farmácia; Técnicos Agrícolas; Técnicos de Contabilidade; Técnicos Industriais; Tecnologia em Informação; Tecnólogos em Automação Industrial; Tecnólogos em Gastronomia; Tecnólogos em Gestão Administrativo-Financeira; Tecnólogos em Gestão Ambiental; Tecnólogos em Gestão de Segurança Privada; Tecnólogos em Gestão Hospitalar; Tecnólogos em Gestão Pública; Tecnólogos em Hotelaria; Tecnólogos em Logística de Transporte; Tecnólogos em Secretariado Escolar; Tecnólogos em Segurança do Trabalho; Tecnólogos em Telecomunicações; Tecnólogos; Teólogos; Terapeutas Ocupacionais; Tradutores; Turismo (Tecnólogo em Gestão de Turismo); Zoólogos; Zootecnistas devidamente associados a ABRACEM.

### Documentação necessária do Titular

- **Profissional Liberal:** cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão de curso em ensino superior ou cópia da carteira do conselho regional e o comprovante de associação à ABRACEM (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).
- **Microempresário Individual:** cópia do Certificado da Condição de Microempreendedor Individual – CCMEI que evidencie a atividade empresarial pelo período mínimo de 6 meses e comprovante de associação à ABRACEM (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).
- **Empregador do Comércio:** cópia do contrato social da empresa ou cópia da última alteração dele, que comprove vínculo societário com a mesma e comprovante de vínculo associativo com a entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).
- **Empregado do Comércio:** cópia da carteira de trabalho (CTPS) referente as páginas da foto, CNPJ da empresa, nome completo e cargo do empregado e comprovante de vínculo associativo com a entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).
- **Sócio Vinculado:** cópia do diploma do familiar e comprovante de vínculo à ABRACEM (Carteirinha da entidade, Declaração original da entidade ou Comprovante de contribuição em favor da entidade).

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais liberais das seguintes categorias: Administradores, Arquitetos, Assistentes Sociais, Atuários, Arquivologistas, Automação Industrial, Bacharéis em Direito, Biblioteconomia, Biomédicos, Biólogos, Ciências Aeronáuticas, Cinema, Comércio Exterior, Contabilista, Dentista, Desenho Industrial, Designers de Interiores, Designers de Moda, Designers Gráficos, Economistas, Educação Física, Enfermeiros, Engenheiros, Estatísticos, Farmacêuticos, Filósofos, Físicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Fotógrafos, Gastronomia, Geografia, Geologia, Gestão Ambiental, Gestão Comercial, Gestão de Tecnologia da Informação, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Segurança Privada, Gestão de Seguros, Gestão de Turismo, Gestão Financeira, Gestão Hospitalar, Gestão Pública, Hotelaria, Historiadores, Jornalistas, Letras, Logísticas, Matemáticos, Médicos, Negócios Imobiliários, Nutricionistas, Pedagogos, Professores de ensino médio e curso superior, Profissionais de Informática, Psicólogos, Publicitários, Químicos, Radiologistas, Redes de Telecomunicações, Relações Internacionais, Secretariado, Segurança no Trabalho, Sociólogos, Técnicos em Contabilidade, Técnicos em Enfermagem, Técnicos em Laboratórios, Teólogos, Turismo e Veterinários, no âmbito de todo Território Nacional.</p> <p><b>Associado Familiar:</b> Poderão ser considerados associados familiares aqueles que serão indicados e vinculados ao associado titular, com grau de parentesco que deverá ser indicado obrigatoriamente no ato do cadastro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Titular:</b> declaração da entidade atestando que o associado está ativo e regular (com data de emissão inferior a 30 dias) e cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do certificado/declaração de conclusão de curso ou cópia da carteira do conselho regional ou certificado de pagamento de anuidade do conselho regional ou comprovante que está inscrito no conselho regional ou ainda certificado que comprove a profissão.</li> <li>• <b>Associado Familiar ou Sócio Vinculado:</b> cópia do comprovante de associação à Associação Nacional dos Profissionais Liberais e Empreendedores – ANAPROLIE (carteirinha da entidade, declaração original da entidade ou comprovante de contribuição em favor da entidade).</li> </ul>



### UBES | União Brasileira dos Estudantes Secundaristas

Estudante Secundarista

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes matriculados, com idade mínima de 12 anos, nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, regulares e supletivos, públicos e privados, bem como cursos técnicos e pré-vestibulares do País associados à União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaração de associado à entidade (recente) - UBES ou cópia da carteirinha de identificação do estudante UBES e Declaração em papel timbrado com a informação do CNPJ (impresso ou carimbo) da instituição de ensino para comprovar o vínculo retroativo no máximo a 6 meses ou o Comprovante de pagamento da mensalidade quitado de no máximo dois meses.</li> </ul> <p><b>Obs.:</b> Escolas públicas podem não ter a informação do CNPJ ou cópia da mensalidade escolar (recente) ou cópia da matrícula ou carteirinha escolar (recente).</p>



### UNE | União Nacional dos Estudantes

Estudante Universitário

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes de graduação do ensino superior associados à UNE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaração de associado à entidade ou cópia da carteirinha de identificação do estudante UNE (recente) e cópia da mensalidade escolar (recente) ou declaração original do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo o nome completo do estudante, curso, período, CNPJ da instituição de ensino, telefone e assinatura do funcionário da instituição de ensino ou cópia da matrícula ou carteirinha escolar (recente).</li> </ul> <p><b>Obs.:</b> Escolas públicas podem não ter a informação do CNPJ ou cópia da mensalidade escolar (recente) ou cópia da matrícula ou carteirinha escolar (recente).</p>

## Coberturas Adicionais

### 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

<b>Cônjuge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG e do CPF;</li> <li>• Cópia da Certidão de Casamento.</li> </ul>
<b>Companheiro(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• Certidão de nascimentos de filhos em comum;</li> <li>• Cópia do RG e cópia do CPF.</li> </ul>
<b>Filho(a), natural ou adotivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li> <li>• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);</li> <li>• Cópia do CPF.</li> </ul>
<b>Enteado(a)</b>	<p>– <b>Titular casado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Casamento;</li> <li>• Cópia do RG;</li> <li>• Cópia do CPF;</li> <li>• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso).</li> </ul> <p>– <b>Titular com companheiro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• Cópia do RG;</li> <li>• Cópia do CPF;</li> <li>• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso).</li> </ul>
<b>Menor solteiro(a), que por força judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li> <li>• Cópia do Termo da Tutela ou de guarda judicial;</li> <li>• Cópia do CPF.</li> </ul>
<b>Pai/Mãe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG ou CNH do titular;</li> <li>• Certidão de Nascimento ou Casamento.</li> </ul>
<b>Padrasto/Madrasta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG ou CNH do Titular; ou Cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura Pública de união estável do Titular;</li> <li>• Comprovante de união estável pai/mãe com padrasto/madrasta ou Certidão de Casamento.</li> </ul>
<b>Genro/Nora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura pública de união estável.</li> </ul>
<b>Irmão(ã)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG ou CNH do Titular; ou</li> <li>• Cópia do RG ou CNH do irmão; ou</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento.</li> </ul>
<b>Sobrinho(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG ou CNH do Titular; e</li> <li>• Cópia do RG ou CNH do pai/mãe do sobrinho; e</li> <li>• Cópia do RG ou CNH do sobrinho ou Certidão de Nascimento.</li> </ul>
<b>Neto(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento do neto; ou Cópia do RG ou CNH da mãe/pai do neto.</li> </ul>
<b>Cunhado(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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).</li> </ul>
<b>Tio(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento dos pais do Titular;</li> <li>• Cópia do RG ou CNH do tio; ou Certidão de Nascimento ou Casamento.</li> </ul>
<b>Sogro(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou Escritura pública de união estável.</li> </ul>

\* 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).

**ATENÇÃO:** Todos os solicitantes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os solicitantes titulares e/ou seu(s) dependente(s) deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência emitido em seu nome ou de terceiros; o comprovante de endereço apresentado poderá estar em nome de terceiros, considerando que haja uma comprovação de "vínculo" com o beneficiário, conforme nos exemplos a seguir:

- Comprovante de endereço em nome dos pais – A comprovação é feita pelo documento de identificação (filiação).
- Comprovante de endereço em nome do cônjuge – A comprovação é feita pela certidão de casamento ou declaração de união estável (conforme regra).
- Comprovante de endereço em nome de proprietários – A comprovação é feita através do contrato de aluguel.

Comprovante de endereço em nome parentes, amigos e proprietários (quando não - houver documentação formal) – A comprovação é feita através de uma declaração de residência assinada pelo titular da conta/imóvel, juntamente com a cópia do documento de identificação deste titular do imóvel.

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



## Documentação dos dependentes

### EXCEÇÕES PARA O PROJETO UBES

#### UBES

Os titulares menores de 18 (dezoito) anos, somente poderão incluir como dependentes:

#### Irmão(ã) com idade de 12(doze) a 18(dezoito) anos incompletos

- Cópia do RG ou Certidão de nascimento;
- Cópia do CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

**ATENÇÃO:** Todos os solicitantes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os solicitantes titulares e/ou seu(s) dependente(s) deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência emitido em seu nome ou de terceiros; o comprovante de endereço apresentado poderá estar em nome de terceiros, considerando que haja uma comprovação de "vínculo" com o beneficiário, conforme nos exemplos a seguir:

- Comprovante de endereço em nome dos pais – A comprovação é feita pelo documento de identificação (filiação).
- Comprovante de endereço em nome do cônjuge – A comprovação é feita pela certidão de casamento ou declaração de união estável (conforme regra).
- Comprovante de endereço em nome de proprietários – A comprovação é feita através do contrato de aluguel.

Comprovante de endereço em nome parentes, amigos e proprietários (quando não - houver documentação formal) – A comprovação é feita através de uma declaração de residência assinada pelo titular da conta/imóvel, juntamente com a cópia do documento de identificação deste titular do imóvel.

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:

- Passaporte emitido no Brasil + CPF;
- RNE (Registro Nacional Estrangeiro) + CPF;
- RNM (Registro Nacional Migratório) + CPF;
- CNH (Carteira Nacional de Habilitação) + CPF;
- Carteira do Conselho Regional + CPF;
- Carteira da OAB (UF) + CPF;
- Carteira funcional + CPF;
- Print da Receita federal em substituição ao CPF; e
- Certidão de nascimento em substituição ao Registro Geral (RG).


**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 do início de vigência do benefício decorrente 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 <sup>1</sup>	RC 614 <sup>2</sup>	RC 714 <sup>3</sup>
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

<sup>1</sup> RC 514: Válido para Beneficiários sem plano anterior;

<sup>2</sup> 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;

<sup>3</sup> 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 <sup>1</sup>						
Procedimentos	Percentuais	Classic BA CA Enf Copart	Classic BA CA Apto Copart	Life BA CA Enf Copart	Life BA CA Apto Copart	Comfort BA CA Apto Copart
Consultas médicas	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00
Exames Grupo 1 <sup>2</sup>	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00
Exames Grupo 2 <sup>2</sup>	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 <sup>3</sup>	50% do valor do evento	-	-	-	-	-
Internações, exceto psiquiátricas <sup>4</sup>	-	250,00	250,00	250,00	250,00	400,00
Limite Mensal*	-	400,00	400,00	450,00	450,00	750,00

<sup>1</sup> Os valores de coparticipação e limitador poderão ser reajustados.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Não haverá limitação de valores para terapias.

<sup>4</sup> 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.



## 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 proponente 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	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 à apólice coletiva de seguro-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: **Outubro 2025**

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

### Planos SEM Coparticipação

	Classic BA CA Enf	Classic BA CA Apto	Life BA CA Enf	Life BA CA Apto	Comfort BA CA Apto
	505.281/25-5	505.282/25-3	505.285/25-8	505.287/25-4	505.289/25-1
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	410,25	512,81	420,99	526,24	697,09
De 19 a 23 anos	499,69	624,60	512,76	640,96	849,06
De 24 a 28 anos	574,64	718,29	589,68	737,11	976,42
De 29 a 33 anos	649,92	812,39	666,93	833,67	1.104,33
De 34 a 38 anos	722,06	902,56	740,95	926,20	1.226,91
De 39 a 43 anos	826,76	1.033,43	848,39	1.060,50	1.404,81
De 44 a 48 anos	1.026,83	1.283,52	1.053,70	1.317,14	1.744,77
De 49 a 53 anos	1.284,56	1.605,69	1.318,18	1.647,75	2.182,71
De 54 a 58 anos	1.640,39	2.050,46	1.683,32	2.104,17	2.787,32
A partir de 59 anos	2.368,72	2.960,87	2.430,71	3.038,43	4.024,89

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

### Planos COM Coparticipação

	Classic BA CA Enf Copart	Classic BA CA Apto Copart	Life BA CA Enf Copart	Life BA CA Apto Copart	Comfort BA CA Apto Copart
	505.283/25-1	505.284/25-0	505.286/25-6	505.288/25-2	505.290/25-4
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	363,25	454,05	372,74	465,93	617,22
De 19 a 23 anos	442,44	553,04	454,00	567,50	751,77
De 24 a 28 anos	508,80	635,99	522,10	652,63	864,53
De 29 a 33 anos	575,46	719,31	590,50	738,12	977,79
De 34 a 38 anos	639,33	799,15	656,04	820,05	1.086,32
De 39 a 43 anos	732,04	915,03	751,17	938,96	1.243,84
De 44 a 48 anos	909,19	1.136,47	932,95	1.166,19	1.544,85
De 49 a 53 anos	1.137,40	1.421,72	1.167,12	1.458,90	1.932,61
De 54 a 58 anos	1.452,46	1.815,54	1.490,42	1.863,02	2.467,94
A partir de 59 anos	2.097,35	2.621,64	2.152,16	2.690,20	3.563,70

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



- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Camaçari, Candeias, Conde, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, Santo Amaro, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Saubara, Simões Filho, 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](http://www.onmed.com.br)

## Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

**4004-4400**

Demais regiões:

**0800-016-2000**

