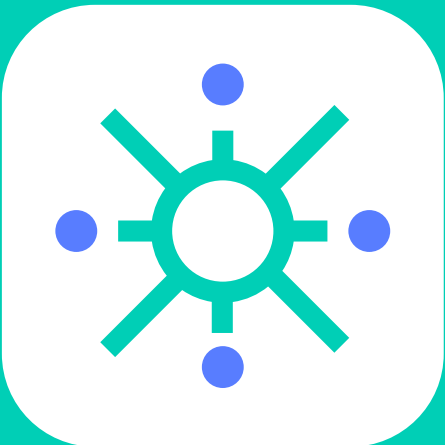


Promédica+
Muito Mais Saúde



Empresa



Coberturas



Dependentes



Carências



Redução de
Carências



Copart



Pagamento



Preços



Área



Rede



Infos





Este é o projeto **PME Administrado** para o qual a Qualicorp oferece, em condições especiais, o plano de saúde coletivo empresarial da **Promédica**. 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 considerados beneficiários titulares todas as empresas PME (02 a 29 vidas): • Funcionários e Sócios vinculados a um CNPJ; • MEI e Empresário Individual é necessário, no mínimo, 6 meses de inscrição no CNPJ; • Associações, sindicatos, igrejas, condomínios e cooperativas: permitidos, desde que haja vínculo exclusivamente CLT ou societário.	Sócios • Contrato social, declaração de MEI ou firma individual; • Cópia do RG e CPF; cópia do cartão do SUS CNS; ou nova Carteira de identidade que já venha com todos os dados; • Comprovante de endereço: Restrição para comprovantes que constem CEP genérico, exemplo: 40.000-00 41.0001-00 Funcionários • Carteira de Trabalho ou GFIP; (E-Social ou GFIP com RE, Carteira de Trabalho Digital campos da foto, qualificação civil e contrato de trabalho; • Cópia do RG e CPF; cópia do cartão do SUS CNS; ou nova Carteira de identidade que já venha com todos os dados; • Comprovante de endereço: Restrição para comprovantes que constem CEP genérico, exemplo: 40.000-00 41.0001-00 Empresas • Atos constitutivos da empresa (contrato ou estatuto social); • Cartão de CNPJ atualizado (dentro da área de abrangência), comprovando situação ativa; • Documentação dos sócios: Cópias CPF e RG, ou Carteira de Habilitação, ou nova Carteira de identidade que já venha com todos os dados; • Procuração: Caso o representante legal da empresa tenha nomeado algum procurador para assinar "contratos", encaminhar procuração pública e cópia documentos CPF e RG ou Carteira de Habilitação, ou nova Carteira de Identidade que já venha com todos os dados.



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



Documentação dos dependentes

Cônjuge	• Cópia do RG e cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Número do Cartão do SUS (CNS).
Companheiro(a)	• Escritura Pública de União Estável, feita em Cartório, ou; • Certidão de Nascimentos de filhos em comum; • Número do Cartão do SUS (CNS); • Cópia do RG e cópia do CPF.
Filho(a), adotivo(a) ou não solteiro(a) e menor de 27 (vinte e sete) anos, 11 meses e 29 dias	• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Cópia do CPF; • Número do Cartão do SUS (CNS).
Enteado(a) solteiro(a) menor de 27 (vinte e sete) anos, 11 meses e 29 dias	O cônjuge/companheiro (a) devem entrar no plano – Titular casado • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso); • Número do Cartão do SUS (CNS). – Titular com companheiro • Escritura pública de União Estável emitida em cartório 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); • Número do Cartão do SUS (CNS).
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; • Número do Cartão do SUS (CNS).

*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, podendo ser solicitada documentação complementar.

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 com CEP válido..

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



Carências Contratuais

Coberturas	Prazos de Carência Contratual
Urgência e emergência, nos termos previstos na Lei 9656/98	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames simples de raio X e laboratório (exceto imuno-histoquímica, biologia molecular e citogenética), preventivo ginecológico, acuidade visual, fundoscopia e tonometria.	30 (trinta) dias
Ultrassonografia, ecocardiograma, ecodoppler, eletroencefalograma, eletrocardiograma, holter 24h, M.A.P.A. (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial), densitometria óssea, mamografia, exames com doppler, teste ergométrico, MRPA (monitorização residencial da pressão).	100 (cem) dias
Exames e tratamentos de radioterapia, quimioterapia, tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear, Angiografia, videolaparoscopias e laparoscopias cirúrgicas e diagnósticas, internações clínicas e cirúrgicas, cirurgias eletivas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico 0), cirurgia cardíaca, cateterismo cardíaco, litotripsia extracorpórea, medicina nuclear, cintilografias, transplantes, internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos, fisioterapias, hemodiálise e diálise, endoscopias digestivas com vias diagnósticas e terapêuticas, procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos em radiologias intervencionistas ou hemodinâmicos, neuroradiologia, mielografias, audiometrias, timpanotomias bioimpedanciometria, próteses e órteses ligado ao ato cirúrgico coberto.	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias
Demais coberturas não enquadradas nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias

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



Condições para Redução de Carências

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

- Redução para beneficiários com plano anterior**
 - Possuir um plano de saúde anterior por período superior a 6 (seis) meses;
 - O plano anteriormente contratado deve estar ativo.
- NÃO** serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:
 - Proponentes oriundos de planos que possuem a segmentação diferente da contratada;
 - Proponentes oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptado à Lei nº 9.656/98;
 - Proponentes que tenham DLP declaradas na Declaração de Saúde;
 - Proponente advindo de operadora/seguradora não constantes na relação de Operadoras Congêneres, listadas neste Aditivo.

ATENÇÃO

Não haverá redução nos prazos de Cobertura Parcial Temporária, permanecendo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

Relação de Operadoras Congêneres

Todas as Operadoras com registro ativo na ANS **exceto** Hapvida, Blue Saúde e Select.

Tabela de Redução de Carências

Coberturas	Prazos de Carência Contratual	Redução Grupo A
Urgência e emergência, nos termos previstos na Lei 9656/98	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames simples de raio X e laboratório (exceto imuno-histoquímica, biologia molecular e citogenética), preventivo ginecológico, acuidade visual, fundoscopia e tonometria.	30 (trinta) dias	15 (quinze) dias
Ultrassonografia, ecocardiograma, ecodoppler, eletroencefalograma, eletrocardiograma, holter 24h, M.A.P.A. (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial), densitometria óssea, mamografia, exames com doppler, teste ergométrico, MRPA (monitorização residencial da pressão).	100 (cem) dias	60 (sessenta) dias
Exames e tratamentos de radioterapia, quimioterapia, tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear, Angiografia, videolaparoscopias e laposcopias cirúrgicas e diagnósticas, internações clínicas e cirúrgicas, cirurgias eletivas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico 0), cirurgia cardíaca, cateterismo cardíaco, litotripsia extracorpórea, medicina nuclear, cintilografias, transplantes, internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos, fisioterapias, hemodiálise e diálise, endoscopias digestivas com vias diagnósticas e terapêuticas, procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos em radiologias intervencionistas ou hemodinâmicos, neuroradiologia, mielografias, audiometrias, tipanotomias, bioimpedanciometria, próteses e órteses ligado ao ato cirúrgico coberto.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
Demais coberturas não enquadradas nos itens anteriores.	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.



Documentação necessária

Para proponentes oriundos de planos 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 **ou** Declaração da operadora congênere, informando:
 - Operadora contratada;
 - Tipo de plano e acomodação em internação;
 - Relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura **ou**
- b. Carta de Tempo de Permanência

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:

	Planos*		
Procedimentos	Co-Participado Preferencial	Co-Participado Promix	Co-Participado Class 10
Consultas médicas eletivas	R\$ 30,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Consulta médica de urgência/emergência	R\$ 35,00	R\$ 35,00	R\$ 35,00
Exames eletivos/urgência/emergência	20% com cobrança limitada até R\$ 100,00	20% com cobrança limitada até R\$ 100,00	20% com cobrança limitada até R\$ 100,00
Procedimentos ambulatoriais	20% com cobrança limitada até R\$ 150,00	20% com cobrança limitada até R\$ 150,00	20% com cobrança limitada até R\$ 150,00
PAC eletivo e de urgência	20% com cobrança limitada de até R\$ 200,00	20% com cobrança limitada de até R\$ 200,00	20% com cobrança limitada de até R\$ 200,00
Terapias ambulatoriais por sessão	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Partos, Demais Internações, Quimioterapias e Radioterapias, Terapias Renais substitutiva, Exames anátomo-patológicos, Curativos pós-cirúrgicos	Isento	Isento	Isento

*Os valores informados poderão ser reajustados.

Observação: Coparticipação em internação psiquiátrica após o 30º dia de internação, contínuos ou não, por ano de contrato: 50% (cinquenta por cento).



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	10 20	10 20	Em qualquer banco, até o vencimento.	
Débito automático em conta-corrente	10 20	10 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: **Julho/2026 até Abril/2027**

Planos COM Coparticipação

	Co-Participado Preferencial	Co-Participado Promix	Co-Participado Class 10
	468.832/13-5	468.830/13-9	468.838/13-4
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia		
Abrangência geográfica de atendimento	Municipal	Grupo de Municípios	
Padrão de acomodação em internação	Coletivo		Individual
Coparticipação	Sim		
Até 18 anos	282,97	290,89	353,05
De 19 a 23 anos	328,25	337,44	409,54
De 24 a 28 anos	387,34	398,18	483,26
De 29 a 33 anos	464,80	477,82	579,91
De 34 a 38 anos	548,46	563,82	684,30
De 39 a 43 anos	619,76	637,12	773,26
De 44 a 48 anos	743,71	764,54	927,90
De 49 a 53 anos	873,86	898,33	1.090,28
De 54 a 58 anos	1.136,03	1.167,84	1.417,37
A partir de 59 anos	1.692,67	1.740,08	2.111,88

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



BAHIA

- O plano **Co-Participado Preferencial** pode ser comercializado em Salvador.
- O plano **Co-Participado Promix** e **Co-Participado Class 10** podem ser comercializados nos municípios de: Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Lauro de Freitas, Salvador e Simões Filho.



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://www.promedica.com.br/rede-credenciada/>

PRINCIPAIS PRESTADORES CREDENCIADOS

- HJV Day Hospital
- HJV Centro Pediátrico
- Hospital Bom Viver
- Hospital da Cidade
- Hospital Jorge Valente



- 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 **Promédica** 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 **Promédica**: www.promedica.com.br

Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-016-2000

