

Entidades

Coberturas

Dependentes

Carências

Redução de
Carências

Copart

Pagamento

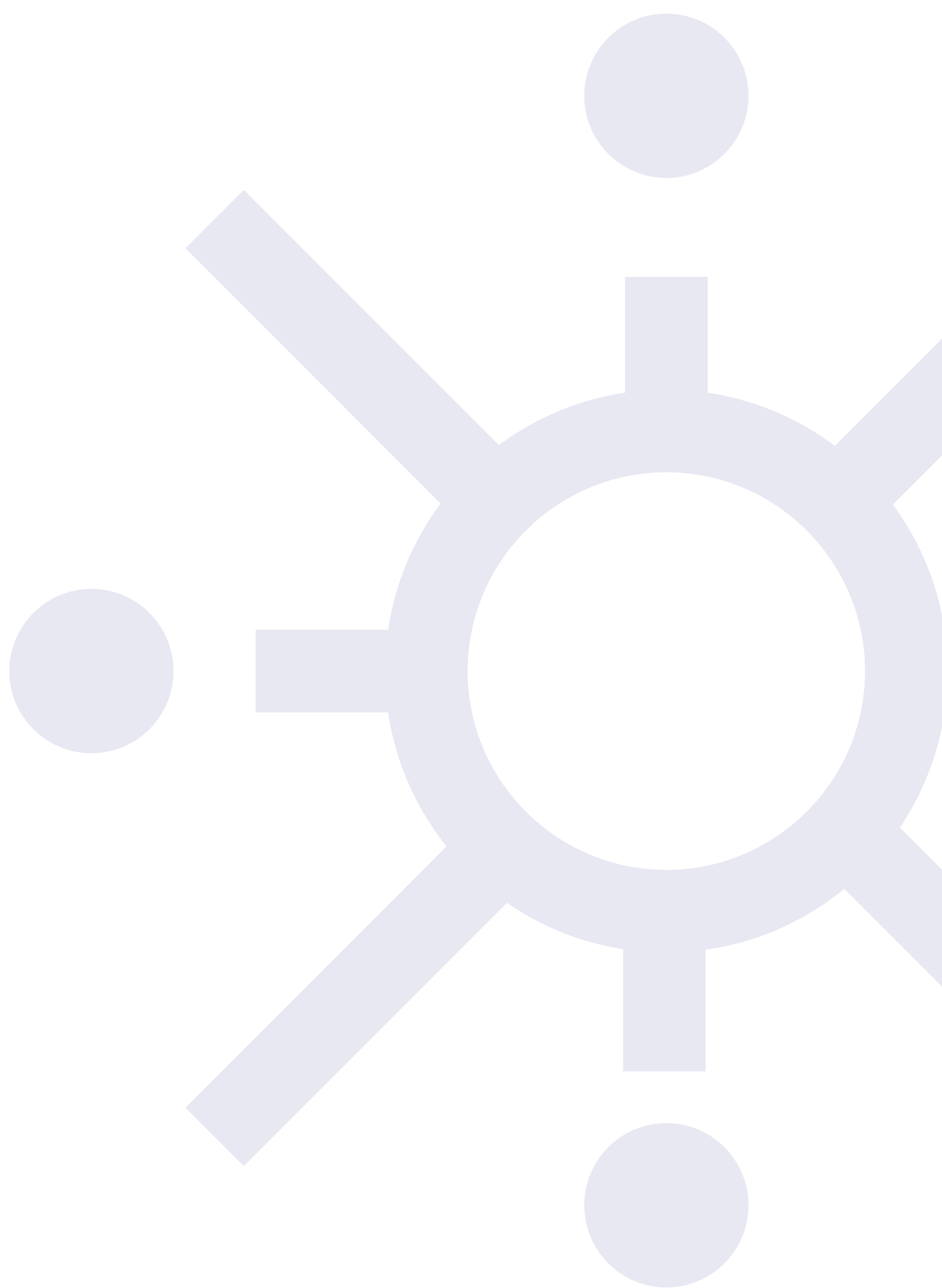
Preços

Área

Rede

Infos

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





Entidades | Públicos



ABM | Associação Bahiana de Medicina

Médico e Acadêmico de Medicina

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os médicos e acadêmicos de medicina associados à Associação Bahiana de Medicina.	• Médicos: cópia da carteira de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM-UF) e termo de associação à ABM original. • Estudantes: cópia da última mensalidade quitada da faculdade ou declaração da faculdade e termo de associação à ABM original.



ABRABDIR | Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito

Advogado e Bacharel em Direito

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os advogados e bacharéis em direito associados à ABRABDIR – Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito.	• Advogado: cópia legível da carteira definitiva da OAB-UF ou cópia da certidão de inscrição expedida pela OAB-UF e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade); • Bacharel: cópia do diploma ou cópia da certidão de graduação em direito, obtido em instituição de ensino oficialmente autorizada e credenciada no MEC e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).



ABRACEM | Associação Brasileira de Consultores Empresariais e Profissionais Liberais

Profissional Liberal

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os administradores, advogados, analistas de sistemas, arquitetos, assistentes sociais, atuários, auxiliares de enfermagem, bibliotecários, biólogos, biomédicos, ciências da computação, comércio exterior, contabilistas, corretores de imóveis, designers (gráfico, de moda, interiores), economistas, educação física, enfermeiros, engenheiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, fotógrafos, gastrônomos, gestão financeira, jornalistas, logístico, marketing, médicos, nutricionistas, odontólogos, professores, psicólogos, publicidade propaganda, químicos, radiologistas, recursos humanos, relações públicas, secretariado, técnicos contabilistas, técnicos em enfermagem, tecnologia da informação, turismo e veterinários.	• Comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade); cópia do diploma ou certificado de conclusão de curso ou registro no conselho de classe ou comprovante de contribuição sindical da categoria.



AFB | Associação de Fisioterapeutas do Brasil

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais associados à Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB) e devidamente registrados em um dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs).	• Cópia da carteira do CREFITO, declaração de associado original e cópia do comprovante de pagamento à entidade.



AJUFE | Associação dos Juizes Federais do Brasil

Juiz Federal

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares os magistrados do primeiro e segundo graus da Justiça Federal, ministros do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça	• Cópia do holerite que comprove a associação à AJUFE ou cópia do holerite e cópia da Carteira de Associação à AJUFE.

ANAPROLIE

ANAPROLIE | Associação Nacional dos Profissionais Liberais e Empreendedores
Profissional Liberal

Titular	Documentação necessária do Titular
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.	• 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.

FNA | Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas
Profissional de Arquitetura e Urbanismo

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos profissionais de arquitetura e urbanismo no exercício da profissão, registrados em seus respectivos conselhos de classe e associados a um dos sindicatos filiados à Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas (FNA).	• Cópia da carteira do conselho regional e cópia do comprovante de associação (carteirinha do sindicato filiado à FNA ou declaração original de associado emitida pelo sindicato filiado à FNA ou comprovante da contribuição em favor de um sindicato filiado à FNA).

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 e autarquias 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 CREAs devidamente associados à Mútua de Assistência dos Profissionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia.	• Profissional: 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.



UBE | União Brasileira dos Estudantes
Estudante

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes, a partir de 05 (cinco) anos, matriculados nos estabelecimentos de ensino público ou particular, que estejam cursando Ensino Infantil em todo território Nacional associados à União Brasileira dos Estudantes (UBE).	• Cópia do comprovante de matrícula ou cópia do comprovante de pagamento da mensalidade do curso ou declaração original emitida pela instituição de ensino e cópia da carteira de identidade estudantil emitida pela entidade ou cópia do comprovante de matrícula ou cópia do comprovante de pagamento da mensalidade do curso ou declaração original emitida pela instituição de ensino e declaração original de associado emitida pela entidade.



UBES | União Brasileira dos Estudantes Secundaristas
Estudante Secundarista

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes, a partir de 05 (cinco) anos, matriculados nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, regulares e supletivos, públicos e privados, bem como cursos técnicos e prévestibulares do País associados à União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES).	• Comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade); e documento comprobatório da matrícula do estudante em instituições reconhecidas pelo MEC; • Instituição de ensino particular: apresentar mensalidade (recente) quitada ou declaração (eletrônica ou em papel timbrado com CNPJ - devidamente comprovada) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura ou cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo); ou • Instituição de ensino público: apresentar declaração (eletrônica ou em papel timbrado – devidamente comprovada) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura ou cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo).



UNE | União Brasileira dos Estudantes Secundaristas
Estudante Universitário

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes de graduação do ensino superior associados à UNE.	• Comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade); e documento comprobatório da matrícula do estudante em instituições reconhecidas pelo MEC; • Instituição de ensino particular: apresentar mensalidade (recente) quitada ou declaração (eletrônica ou em papel timbrado com CNPJ - devidamente comprovada) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura ou cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo); ou • Instituição de ensino público: Apresentar declaração (eletrônica ou em papel timbrado – devidamente comprovada) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura ou cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo).

Documentação dos dependentes

Cônjuge ou 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, com firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a).
Filho(a) e Enteadado(a) até 24 (vinte e quatro) anos incompleto	• Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento e • Cópia do CPF.
Pai/Mãe	• Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH; • Cópia CPF.
Avô(ó)	• Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH; • Cópia CPF; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento do Titular ou do cônjuge do Titular.
Neto(a)	• Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH; • Cópia CPF; • Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.
Irmão(ã)	• Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH; • Cópia CPF.
Tio(a)	• Cópia do RG ou CNH; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia CPF; • Certidão de Casamento dos pais do Titular ou dos pais do cônjuge do Titular.
Sobrinho(a)	• Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH; • Cópia CPF; • Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.

EXCEÇÕES PARA AS ENTIDADES ESTUDANTIS

Caso o beneficiário titular seja menor de 17 (dezessete) anos de idade completos (17 anos,11 meses e 29 dias), poderá incluir como dependentes na Proposta:	• Pai e a Mãe; • Irmão(ã).
Caso o beneficiário titular tenha idade a partir de 18 (dezoito) anos, somente poderá incluir como dependentes na Proposta:	a) O(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do mesmo sexo ou do sexo oposto; b) Enteados(as), os filhos(as) naturais ou adotivos(as) solteiros(as) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias), ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade; c) Filhos(as) inválidos de qualquer idade; d) Tutelados(as)/Curatelados(as), menor sob guarda com o respectivo termo de tutela e curatela ou guarda nos limites etários até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

ATENÇÃO: Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 (dezoito) 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 no benefício.

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.

Planos Odontológicos

- +Odonto Premium Adesão - ANS 476.835/16-3
- Proteção Odontológica CA - ANS 485.365/20-2



Planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Procedimentos	Carência Contratual ¹
Atendimentos de Urgência e Emergência.	24 (vinte e quatro) horas
Cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS)).	24 (vinte e quatro) horas
Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	30 (trinta) dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): Exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional); Exames Oftalmológicos simples (Curva Tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina); Exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado - BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	90 (noventa) dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o Beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT: Cirurgias Ambulatoriais; Internação Hospitalar, Clínica, Cirúrgica ou Obstétrica; Internações em leitos de Alta Complexidade; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia; Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional); todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias
Partos a Termo	300 (trezentos) dias

¹ Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

Planos com segmentação Ambulatorial

Procedimentos	Carência Contratual ¹
Atendimentos de Urgência e Emergência.	24 (vinte e quatro) horas
Cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS)).	24 (vinte e quatro) horas
Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	30 (trinta) dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): Exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional); Exames Oftalmológicos simples (Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina); Exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado - BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	90 (noventa) dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o Beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Radioterapia e Quimioterapia); Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional); todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias

¹ Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

Carências Contratuais | Plano Odonto

Planos de Assistência Odontológicas

Procedimentos	Carência Contratual ¹
Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) horas
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações)	60 (sessenta) dias
Demais casos	180 (cento e oitenta) dias

¹ Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.



Regras de redução de carências

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

- a)** Nos casos onde o beneficiário seja vinculado, há mais de 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 100% (cem por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos na Proposta.
- b)** Nos casos onde o beneficiário seja vinculado, entre 180 (cento e oitenta) dias e 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 50% (cinquenta por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos na Proposta.
- c)** Nos casos onde o beneficiário seja vinculado, entre 30 (trinta) dias e 179 (cento e setenta e nove) dias, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 30 (trinta) dias, devendo o(a) beneficiário(a) cumprir o prazo de carência restante de acordo com os prazos estabelecidos na Proposta, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos na Proposta e serão integralmente cumpridos pelo Beneficiário.

Cada beneficiário, titular com direito ou dependente, será considerado individualmente para fins de redução dos prazos de carência, de acordo com as regras da Operadora.

O(s) plano(s) de saúde, outrora firmado(s) com operadora(s) de planos de saúde diversa(s) da HAPVIDA, deverá(ão), obrigatoriamente, ter as seguintes características em relação à contratação atual do beneficiário:

- a)** Segmentação assistencial equivalente ou inferior;
- b)** Acomodação equivalente ou inferior.

A comprovação da condição de beneficiário na Operadora de origem será procedida pela apresentação da seguinte documentação, em cópia simples:

- Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da Operadora ou Administradora do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário:
 - 1. Nome completo do beneficiário;
 - 2. Data de Nascimento;
 - 3. CPF do beneficiário;
 - 4. Nº de Registro da Operadora/Administradora;
 - 5. Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
 - 6. Segmentação do Produto e Acomodação;
 - 7. Data de adesão do beneficiário;
 - 8. Prazo de permanência ou data de cancelamento;
 - 9. Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
 - 10.Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Coletivos (Empresarial ou por Adesão).

Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação):

- Apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS.

Na ausência de informações sobre adimplência:

- Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.



Documentação Obrigatória

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:

Proponentes oriundos da Hapvida:

- Cópia da Carteirinha do plano de origem ou **comprova** da ANS constando número do registro do produto perante ANS;
- Cópia dos 2 (dois) últimos boletos quitados do plano de saúde e da coparticipação (se o plano de origem for coparticipado).

Proponentes oriundos de outras Operadoras congêneres:

- Cópia da Carteirinha do plano de origem ou **comprova** da ANS constando número do registro do produto perante ANS;
- 2 (dois) últimos boletos quitados ou Declaração da Operadora de origem apresentando adimplência.
- Pelo menos um dos itens abaixo (a ou b):
 - a.** Declaração da Operadora de Origem impressa do site ou fornecida pela operadora com carimbo, constando:
 - nome dos beneficiários titulares e dependentes;
 - data de adesão ao plano para cada beneficiário;
 - data de cancelamento ou data do último vencimento pago.
 - b.** Cópia dos documentos abaixo da Operadora de Origem:
 - cópia do Contrato da Operadora;
 - cópia da Ficha de Adesão da Operadora;
 - declaração de saúde e Carta de Orientação ao Beneficiário da ANS devidamente assinados.

Relação de Operadoras Congêneres

• Amil	• Seguros Unimed	• SulAmérica	• Unimed Nacional (CNU)
• Bradesco	• Smile	• União Médica	• Unimeds

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.



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:

PARCIAL		
Coparticipação*		
Procedimentos	Segmentação Ambulatorial	Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de urgência/emergência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias Especiais	R\$ 73,03	R\$ 73,03
Demais Terapias	R\$ 22,47	R\$ 22,47

* Os valores de coparticipação e limitador poderão ser reajustados anualmente.

TOTAL		
Coparticipação*		
Procedimentos	Segmentação Ambulatorial	Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Consultas Eletivas	R\$ 23,53	R\$ 23,53
Consultas de urgência/emergência	R\$ 40,39	R\$ 40,39
Exames Simples	40% limitado a R\$ 42,40	40% limitado a R\$ 42,40
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 106,00	40% limitado a R\$ 106,00
Terapias Especiais	R\$ 73,03	R\$ 73,03
Demais Terapias	R\$ 22,47	R\$ 22,47

* Os valores de coparticipação e limitador poderão ser reajustados anualmente.



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	01 10 20	Todo dia 01 Todo dia 10 Todo dia 20	Em qualquer banco, até o vencimento.
Débito automático em conta-corrente	01 10 20	Todo dia 01 Todo dia 10 Todo dia 20	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

Coparticipação Parcial

Coparticipação Total



PLANOS | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Data base de reajuste: **Junho**
Data de validade das tabelas: **Agosto 2025 até Maio 2026**

Planos SEM ODONTO

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Parcial		
Segmentação	Ambulatorial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	202,17	258,92	384,26
De 19 a 23 anos	267,47	341,77	507,22
De 24 a 28 anos	305,45	393,04	583,30
De 29 a 33 anos	341,19	440,20	653,30
De 34 a 38 anos	359,27	462,21	685,97
De 39 a 43 anos	403,82	522,30	775,15
De 44 a 48 anos	494,68	637,21	945,68
De 49 a 53 anos	687,61	879,35	1.305,04
De 54 a 58 anos	928,27	1.187,12	1.761,80
A partir de 59 anos	1.206,75	1.543,26	2.290,34

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

Planos COM ODONTO*

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Parcial		
Segmentação	Ambulatorial¹	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia¹	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	201,17	253,92	379,26
De 19 a 23 anos	265,10	334,13	499,58
De 24 a 28 anos	302,28	383,76	574,03
De 29 a 33 anos	337,26	429,43	642,52
De 34 a 38 anos	354,97	450,73	674,48
De 39 a 43 anos	398,58	508,90	761,74
De 44 a 48 anos	487,53	620,14	928,61
De 49 a 53 anos	676,40	854,55	1.280,24
De 54 a 58 anos	912,00	1.152,50	1.727,18
A partir de 59 anos	1.184,62	1.497,28	2.244,36

* A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado no boleto.

¹ Para os planos de segmentação assistencial “Ambulatorial” e “Ambulatorial+ Hospitalar com obstetrícia” , o produto odontológico ofertado como opcional é o **Proteção Odontológica CA - Registro ANS (485.365/20-2)**.

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

PLANOS | COPARTICIPAÇÃO TOTAL

Data base de reajuste: **Junho**
Data de validade das tabelas: **Agosto 2025 até Maio 2026**

Planos SEM ODONTO

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Total		
Segmentação	Ambulatorial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	129,95	209,63	312,30
De 19 a 23 anos	171,92	276,71	412,24
De 24 a 28 anos	196,33	318,22	474,08
De 29 a 33 anos	219,30	356,41	530,97
De 34 a 38 anos	230,92	374,23	557,52
De 39 a 43 anos	259,55	422,88	630,00
De 44 a 48 anos	317,95	515,91	768,60
De 49 a 53 anos	441,95	711,96	1.060,67
De 54 a 58 anos	596,63	961,15	1.431,90
A partir de 59 anos	775,62	1.249,50	1.861,47

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

Planos COM ODONTO*

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Total		
Segmentação	Ambulatorial¹	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia¹	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	128,95	208,63	311,30
De 19 a 23 anos	169,54	274,34	409,88
De 24 a 28 anos	193,16	315,01	470,87
De 29 a 33 anos	215,38	352,42	526,99
De 34 a 38 anos	226,62	369,88	553,18
De 39 a 43 anos	254,32	417,54	624,67
De 44 a 48 anos	310,80	508,68	761,38
De 49 a 53 anos	430,75	700,74	1.049,47
De 54 a 58 anos	580,36	944,86	1.415,63
A partir de 59 anos	753,50	1.227,34	1.839,34

* A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado no boleto.

¹ Para os planos de segmentação assistencial “Ambulatorial” e “Ambulatorial+ Hospitalar com obstetrícia” , o produto odontológico ofertado como opcional é o **Proteção Odontológica CA - Registro ANS (485.365/20-2)**.

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



- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Antônio Cardoso, Camaçari, Candeias, Conceição do Jacuaípe, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador, São Gonçalo dos Campos, Simões Filho e Vera Cruz.

* **ATENÇÃO:** A área de atuação consta definida na Proposta de Contratação de acordo com o produto contratualizado.



- Para acessar a rede Médica e Laboratorial dos produtos, acesse o site da Operadora <https://www.hapvida.com.br>



- Administradora de Benefícios/Contratante: Qualicorp Clube de Saúde Administradora de Benefícios
- Material de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores. Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de lei e de normas regulamentadoras da ANS, bem como às regras estabelecidas contratualmente. Consulte seu supervisor periodicamente.
- A **Hapvida** 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 **Hapvida**: **www.hapvida.com.br**