

JUN/2022

**QualiPRO**  
Sergipe

Entidades

Coberturas

Benefícios

Dependentes

Carências

Redução de  
Carências

Copart

Pagamento


Preços

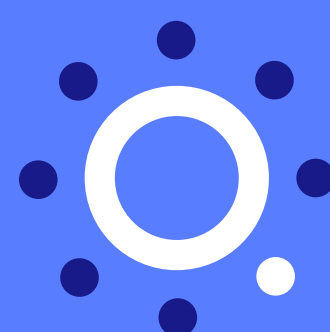
Área

Rede

Infos

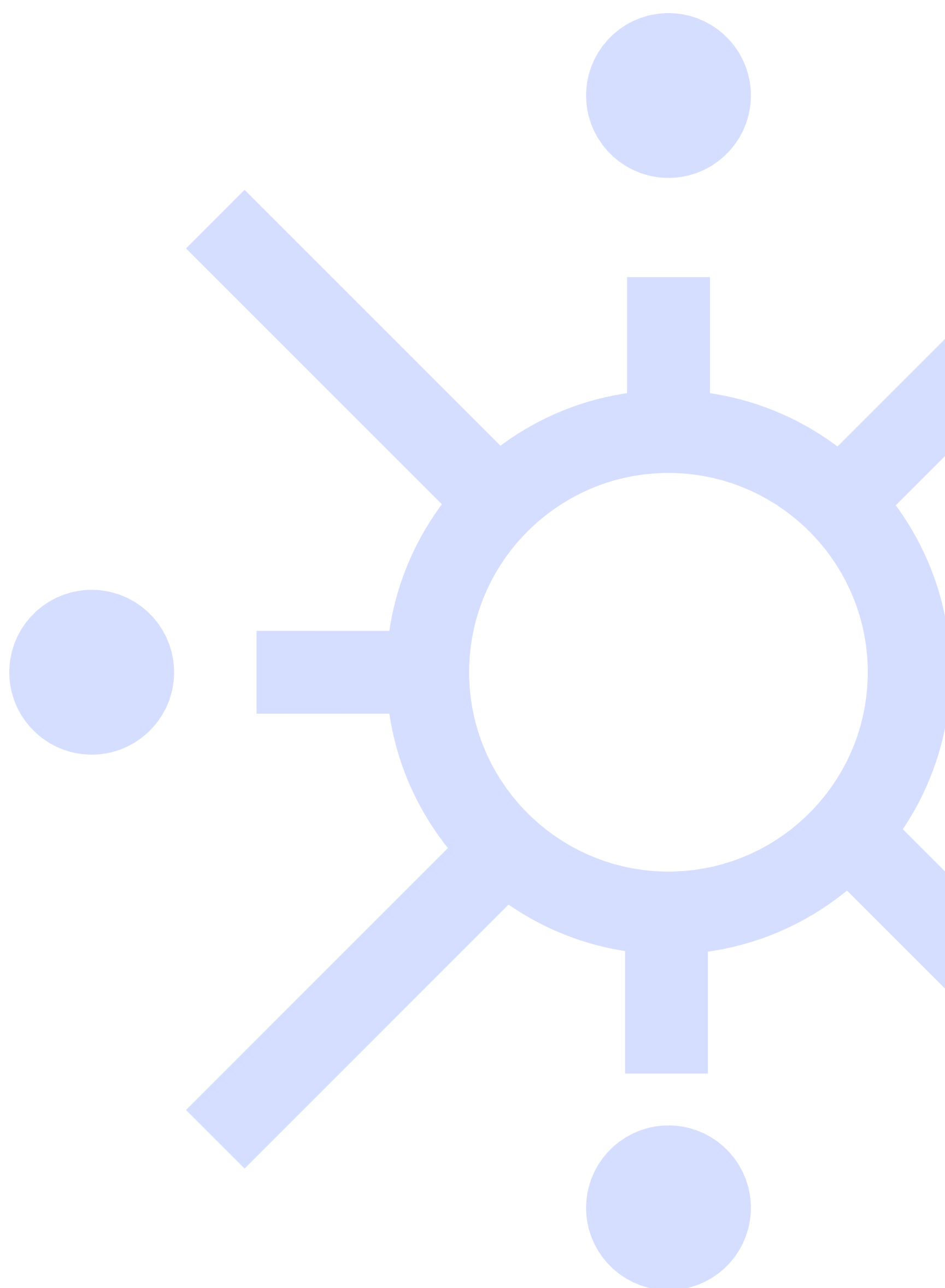
AIAC

  
**SulAmérica**  
Saúde



**quali**  
corp

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



### **UBES | União Brasileira dos Estudantes Secundaristas** Estudante Secundarista

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os estudantes matriculados 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).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaração de associado à entidade + cópia da carteirinha de associação - UBES (recente) <b>OU</b> 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 <b>OU</b> o comprovante de pagamento da mensalidade quitado de no máximo dois meses <b>OU</b> cópia da matrícula <b>OU</b> carteirinha escolar (recente).</li><li>• <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).</li></ul>



### **UNE | União Nacional dos Estudantes** Estudante Universitário

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os estudantes de graduação do ensino superior associados à UNE.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaração de associado à entidade + cópia da carteirinha de identificação do estudante UNE (recente) <b>OU</b> cópia da mensalidade escolar (recente) <b>OU</b> 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 <b>OU</b> cópia da matrícula <b>OU</b> carteirinha escolar (recente).</li><li>• <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).</li></ul>



## 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.

### Para os planos Exato, Especial e Executivo

- Transplantes de órgãos: transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado.
- Escleroterapia: até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do benefício.



## Benefício Adicional

### Para todos os planos

O seguro odontológico Odonto Mais - Adesão Odonto - Rol Ampliado é um benefício adicional no caso de aceitação da proposta.

Plano	Código ANS	Segmentação Assistencial	Abrangência Geográfica
Odonto Mais - Adesão Odonto - Rol Ampliado	476.270/16-3	Odontológico	Nacional



## Benefícios Especiais\*

### Para todos os planos

- Orientação Médica Telefônica;
- Médico na Tela.

### Para os planos Exato, Especial e Executivo

- Assistência 24 horas - Cobertura no Brasil
  - Remoção do beneficiário;
  - Retorno de acompanhantes;
  - Acompanhante em caso de hospitalização do beneficiário, por período superior a 5 (cinco) dias;
  - Hospedagem do acompanhante;
  - Prolongamento da estada;
  - Remoção em caso de falecimento do beneficiário;
  - Retorno antecipado do beneficiário ao seu domicílio;
  - Recuperação de bagagem;
  - Motorista substituto no Brasil;
  - Reembolso de tarifa por passagem perdida.

### Para os planos Especial e Executivo

- Reembolso no exterior
  - Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano.
  - O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

### Para os planos Executivo

- Assistência 24 horas - Cobertura no exterior
  - Todos os serviços prestados no Brasil serão também prestados no exterior, exceto motorista substituto.
  - Ficam acrescidos para atendimento no exterior os serviços a seguir: retorno do exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos; adiantamento para despesas médicas e hospitalares no exterior; adiantamento para prestação de fiança ou caução penal; orientação em caso de perda de documentos.

\* Coberturas e benefícios disponíveis conforme condições contratuais e planos disponíveis na região.



## Documentação dos dependentes

<b>Cônjuge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG e cópia do CPF;</li> <li>• Cópia da Certidão de Casamento;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</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>• Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a);</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>Filho(a) solteiro(a) de qualquer idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG (24 anos ou mais);</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 24 anos);</li> <li>• Cópia do CPF;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>Filho(a) absolutamente incapaz solteiro(a) de qualquer idade, sob tutela ou curatela do beneficiário titular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Tutela ou Curatela expedida por Órgão Oficial;</li> <li>• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento OU cópia do RG;</li> <li>• Cópia do CPF;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>Enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade</b>	<p>– <b>Titular casado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Casamento;</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a) ou cópia do RG do(a) enteado(a);</li> <li>• Cópia do CPF;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul> <p>– <b>Titular com companheiro(a)</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 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando dependência econômica do(a) enteado(a);</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG do(a) enteado(a);</li> <li>• Cópia do CPF;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela do beneficiário titular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Tutela ou do “Termo de Guarda”;</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>

**ATENÇÃO:** Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

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

## EXCEÇÃO PARA O PROJETO UBES

Somente o estudante com idade inferior a 18 (dezoito) anos poderá incluir o pai, a mãe e os(as) irmãos(ãs) menores de 18 (dezoito) anos como beneficiários dependentes.

<b>Pai e/ou Mãe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do RG e cópia do CPF;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
<b>Irmãos(ãs) menores de 18 (dezoito) anos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do RG ou certidão de nascimento;</li><li>• Cópia do CPF;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>

**ATENÇÃO:** Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

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



## Carências Contratuais e Tabelas de Redução de Carências

Grupo de Carência	Cobertura	Prazos contratuais*	Tabela 1	Tabela 2
Grupo 0	Acidentes pessoais.	0 (zero) hora	0 (zero) hora	0 (zero) hora
	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidades de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose (exames laboratoriais, raio x simples), ultrassonografia sem doppler em regime ambulatorial e as seguintes terapias: fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e psicoterapia e exceto os serviços descritos nos itens subsequentes.	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 2	Internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias com doppler, tomografias computadorizadas, tilt tests, ressonância magnética, todos os procedimentos de radiologia intervencionistas, medicina nuclear, ecodopplercardiograma, holter cardíaco 24 horas, cateterismo cardíaco, e angioplastias, arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, litotripsias, e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes.	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 3	Parto a termo.	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
Grupo 4	Transplantes de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME /DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis), além de internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise, cirurgias de refração em oftalmologia e acupuntura.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	120 (cento e vinte) dias

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

### Carências do Plano Odonto

Grupo de Carência	Cobertura	Prazos contratuais*
Grupo 0	Urgências e emergências.	0 (zero) hora
Grupo 1	Diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, peridontia, odontopediatria e Disfunção Têmpora Mandibular (DTM).	0 (zero) hora
Grupo 2	Endodontia e cirurgia.	0 (zero) hora
Grupo 3	Prótese do Rol de Procedimentos e Eventos em Saude, da ANS, vigente à época do evento.	0 (zero) hora

\* 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:

- O proponente deve possuir um plano de saúde da "Relação de Operadoras Congêneres", por um período igual ou maior que 6 (seis) meses e menor que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na "Tabela 1"; ou por um período igual ou maior que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na "Tabela 2";
- O plano anteriormente contratado pelo proponente deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias do início de vigência do benefício.

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

- Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
- Oriundos do sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares.
- Cujas data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do benefício.
- Oriundos de planos não regulamentados.

## Relação de Operadoras Congêneres

• AGF/Allianz	• Camed	• IRB	• Porto Seguro
• AIG	• Care Plus	• Lincx	• Sompo Seguros
• Amil	• DixAmico	• Medial	• SulAmérica
• Blue Life	• Gama	• Mediservice	• Tempo
• Bradesco	• Generali	• Notre Dame Intermédica	• Unibanco Seguros
• Cabesp	• Golden Cross	• Omint	Unimed's (exceto todas as Unimed's do estado da Bahia)
• Caixa Seguros	• HSBC/Bamerindus	• Petrobrás	• Volkswagen

## 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:

Procedimentos	Exato Adesão Trad. 16 A AHO		Especial 100 Adesão Trad. 16 A AHO			Executivo Adesão Trad. 16 A AHO		
	QC COP	QP COP	QP COP			QP COP		
Consultas eletivas	29,00	29,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Atendimento em pronto-socorro	58,00	58,00	87,00	87,00	87,00	87,00	87,00	87,00
Exames simples <sup>1</sup>	3,50	3,50	5,80	5,80	5,80	5,80	5,80	5,80
Exames especiais <sup>2</sup>	29,00	29,00	47,00	47,00	47,00	47,00	47,00	47,00
Terapias não médicas (Nutrição, Acupuntura, Psicoterapia, Terapia ocupacional, Fisioterapia e Fonoaudiologia)	4,00	4,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Demais procedimentos	4,00	4,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Internações, exceto psiquiátricas <sup>3</sup>	290,00	290,00	590,00	590,00	590,00	590,00	590,00	590,00

Valores mensais expressos em Reais(R\$), per capita e poderão ser reajustados.

<sup>1</sup> Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

<sup>2</sup> Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

<sup>3</sup> Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.



## 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	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 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

**SEM COPARTICIPAÇÃO | Titular e Titular + Dependentes**

**COM COPARTICIPAÇÃO | Titular e Titular + Dependentes**



## PLANOS

Data das tabelas: **Julho/2022 até Junho/2023**

Atualização do material: **Junho/2022**



### Planos SEM Coparticipação | TITULAR

	Exato Adesão Trad. 16 A		Especial 100 Adesão Trad. 16 A			Executivo Adesão Trad. 16 A		
	AHO QC	AHO QP	AHO QP			AHO QP		
	476.926/16-1	476.925/16-2	476.938/16-4			476.935/16-0		
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Nacional							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Individual			Individual		
Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas	1,8	1,8	3,4	4,7	6,7	7,5	9,5	12,7
Reembolso de consultas em Reais (R\$)	76,95	76,95	145,35	200,93	286,43	320,63	406,13	542,93
Até 18 anos	769,22	844,03	886,49	926,37	1.069,08	1.731,87	1.958,99	2.145,23
De 19 a 23 anos	1.059,34	1.162,38	1.220,87	1.275,78	1.472,32	2.385,08	2.697,87	2.954,37
De 24 a 28 anos	1.150,68	1.262,59	1.326,12	1.385,77	1.599,27	2.590,72	2.930,48	3.209,10
De 29 a 33 anos	1.365,37	1.498,16	1.573,54	1.644,32	1.897,64	3.074,08	3.477,23	3.807,83
De 34 a 38 anos	1.489,64	1.634,51	1.716,75	1.793,97	2.070,35	3.353,86	3.793,70	4.154,38
De 39 a 43 anos	1.648,84	1.809,21	1.900,23	1.985,71	2.291,62	3.712,31	4.199,16	4.598,39
De 44 a 48 anos	1.884,16	2.067,42	2.171,43	2.269,11	2.618,68	4.242,13	4.798,46	5.254,67
De 49 a 53 anos	2.317,34	2.542,72	2.670,64	2.790,78	3.220,72	5.217,40	5.901,63	6.462,73
De 54 a 58 anos	2.885,30	3.165,93	3.325,22	3.474,79	4.010,11	6.496,16	7.348,11	8.046,72
A partir de 59 anos	4.614,92	5.063,78	5.318,55	5.557,78	6.414,00	10.390,34	11.752,97	12.870,38

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



### Planos SEM Coparticipação | TITULAR + DEPENDENTES

	Exato Adesão Trad. 16 A		Especial 100 Adesão Trad. 16 A			Executivo Adesão Trad. 16 A		
	AHO QC	AHO QP	AHO QP			AHO QP		
	476.926/16-1	476.925/16-2	476.938/16-4			476.935/16-0		
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Nacional							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Individual			Individual		
Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas	1,8	1,8	3,4	4,7	6,7	7,5	9,5	12,7
Reembolso de consultas em Reais (R\$)	76,95	76,95	145,35	200,93	286,43	320,63	406,13	542,93
Até 18 anos	699,29	767,29	805,90	842,15	971,90	1.574,42	1.780,90	1.950,21
De 19 a 23 anos	963,03	1.056,71	1.109,88	1.159,81	1.338,47	2.168,26	2.452,61	2.685,80
De 24 a 28 anos	1.046,07	1.147,82	1.205,57	1.259,80	1.453,88	2.355,21	2.664,07	2.917,35
De 29 a 33 anos	1.241,25	1.361,97	1.430,50	1.494,84	1.725,14	2.794,63	3.161,12	3.461,66
De 34 a 38 anos	1.354,20	1.485,92	1.560,68	1.630,88	1.882,14	3.048,96	3.448,82	3.776,70
De 39 a 43 anos	1.498,94	1.644,73	1.727,49	1.805,20	2.083,30	3.374,83	3.817,42	4.180,35
De 44 a 48 anos	1.712,87	1.879,47	1.974,03	2.062,83	2.380,62	3.856,48	4.362,23	4.776,96
De 49 a 53 anos	2.106,66	2.311,56	2.427,86	2.537,07	2.927,92	4.743,10	5.365,11	5.875,20
De 54 a 58 anos	2.622,99	2.878,11	3.022,92	3.158,91	3.645,55	5.905,61	6.680,10	7.315,19
A partir de 59 anos	4.195,37	4.603,42	4.835,04	5.052,54	5.830,91	9.445,78	10.684,52	11.700,34

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

## PLANOS

Data das tabelas: **Julho/2022 até Junho/2023**

Atualização do material: **Junho/2022**

### Planos COM Coparticipação | TITULAR

	Exato Adesão Trad. 16 A		Especial 100 Adesão Trad. 16 A			Executivo Adesão Trad. 16 A		
	AHO QC COP	AHO QP COP	AHO QP COP			AHO QP COP		
	476.924/16-4	476.940/16-6	476.913/16-9			476.933/16-3		
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Nacional							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Individual			Individual		
Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas	1,8	1,8	3,4	4,7	6,7	7,5	9,5	12,7
Reembolso de consultas em Reais (R\$)	76,95	76,95	145,35	200,93	286,43	320,63	406,13	542,93
Até 18 anos	653,83	717,42	762,39	796,68	919,42	1.558,67	1.763,09	1.930,71
De 19 a 23 anos	900,44	988,03	1.049,94	1.097,17	1.266,20	2.146,58	2.428,09	2.658,94
De 24 a 28 anos	978,07	1.073,21	1.140,46	1.191,77	1.375,37	2.331,65	2.637,43	2.888,19
De 29 a 33 anos	1.160,56	1.273,44	1.353,24	1.414,12	1.631,98	2.766,67	3.129,51	3.427,05
De 34 a 38 anos	1.266,18	1.389,33	1.476,40	1.542,82	1.780,50	3.018,47	3.414,33	3.738,94
De 39 a 43 anos	1.401,51	1.537,82	1.634,20	1.707,71	1.970,80	3.341,07	3.779,25	4.138,55
De 44 a 48 anos	1.601,53	1.757,30	1.867,43	1.951,44	2.252,07	3.817,91	4.318,62	4.729,20
De 49 a 53 anos	1.969,73	2.161,31	2.296,75	2.400,08	2.769,83	4.695,66	5.311,47	5.816,45
De 54 a 58 anos	2.452,50	2.691,04	2.859,68	2.988,33	3.448,70	5.846,54	6.613,29	7.242,05
A partir de 59 anos	3.922,68	4.304,20	4.573,93	4.779,71	5.516,05	9.351,30	10.577,68	11.583,35

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

### Planos COM Coparticipação | TITULAR + DEPENDENTES

	Exato Adesão Trad. 16 A		Especial 100 Adesão Trad. 16 A			Executivo Adesão Trad. 16 A		
	AHO QC COP	AHO QP COP	AHO QP COP			AHO QP COP		
	476.924/16-4	476.940/16-6	476.913/16-9			476.933/16-3		
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Nacional							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Individual			Individual		
Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas	1,8	1,8	3,4	4,7	6,7	7,5	9,5	12,7
Reembolso de consultas em Reais (R\$)	76,95	76,95	145,35	200,93	286,43	320,63	406,13	542,93
Até 18 anos	594,39	652,20	693,08	724,25	835,83	1.416,97	1.602,81	1.755,19
De 19 a 23 anos	818,59	898,21	954,50	997,43	1.151,09	1.951,43	2.207,36	2.417,22
De 24 a 28 anos	889,16	975,64	1.036,79	1.083,43	1.250,34	2.119,67	2.397,67	2.625,63
De 29 a 33 anos	1.055,06	1.157,67	1.230,22	1.285,57	1.483,62	2.515,16	2.845,01	3.115,50
De 34 a 38 anos	1.151,08	1.263,04	1.342,18	1.402,57	1.618,64	2.744,06	3.103,93	3.399,04
De 39 a 43 anos	1.274,09	1.398,02	1.485,63	1.552,48	1.791,64	3.037,34	3.435,68	3.762,32
De 44 a 48 anos	1.455,94	1.597,55	1.697,66	1.774,03	2.047,34	3.470,82	3.926,01	4.299,28
De 49 a 53 anos	1.790,66	1.964,82	2.087,95	2.181,89	2.518,02	4.268,77	4.828,61	5.287,69
De 54 a 58 anos	2.229,54	2.446,40	2.599,71	2.716,67	3.135,19	5.315,03	6.012,09	6.583,69
A partir de 59 anos	3.566,06	3.912,91	4.158,13	4.345,19	5.014,59	8.501,17	9.616,07	10.530,33

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



- Os planos **Exato, Especial e Executivo** podem ser comercializados no Estado de Sergipe.







## Rede Médica e Laboratorial

Informações resumidas e sujeitas a alterações.

CIDADE	HOSPITAIS	EXATO QC	EXATO QP	ESPECIAL 100 QP	EXECUTIVO QP
Aracaju	Clín. Santa Helena	MAT	MAT	MAT	MAT
	Clín. Renascença	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT
	Hosp. São José	INT	INT	INT	INT
	Rede Primavera - Hosp. Primavera	-	-	PS/INT	PS/INT

CIDADE	LABORATÓRIOS	EXATO QC	EXATO QP	ESPECIAL 100 QP	EXECUTIVO QP
Aracaju	Análises Lab. Clín., Cemise, Climedi Clín. de Med. Nuclear End. e D., Clín. Santa Helena, Clín. Integrada Homo, Hosp. do Coração, Icase, Lab. DNA, Lamac, Rede Primavera - Diagnose e São Lucas Med. Hospitalar	LAB	LAB	LAB	LAB
Itabaiana	Cemise Cto. de Med. Integ. de Sergipe	LAB	LAB	LAB	LAB
Lagarto	Labosat	LAB	LAB	LAB	LAB
N. Sra das Dores	Natclin	LAB	LAB	LAB	LAB
Tobias Barreto	Liase	LAB	LAB	LAB	LAB

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



- Administradora de Benefícios/ Estipulante: 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 **SulAmérica 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 **SulAmérica Saúde**:  
[www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br)

## Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

**4004-4400**

Demais regiões:

**0800-16-2000**

