

MAI/2022

**QualiPRO**  
Sergipe

Entidades

Coberturas

Benefícios

Dependentes

Carências

Redução de  
Carências

Copart

Pagamento

Preços

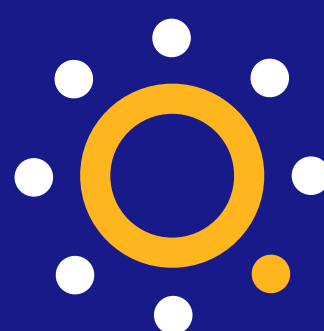
Área

Rede

Infos

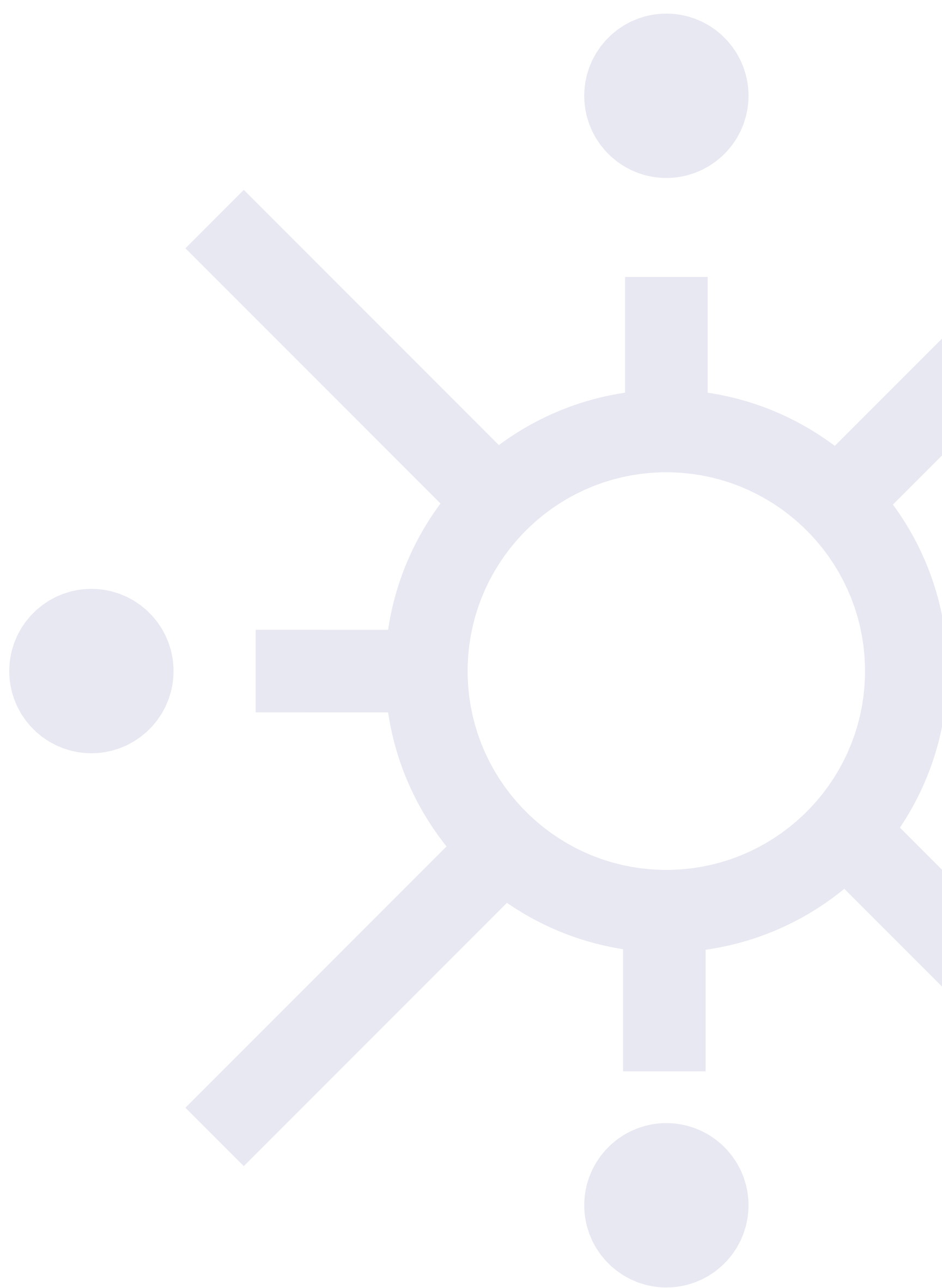
F|FC

Central Nacional  
**Unimed** 



**quali**  
corp

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



## Entidades | Públicos

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



### **CAA-SE | Caixa de Assistência dos Advogados de Sergipe** Advogado e Estagiário

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os advogados e estagiários de direito regularmente inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de Sergipe (OAB-SE) associados à Caixa de Assistência dos Advogados do Estado de Sergipe (CAA-SE).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia da carteira da OAB-SE.</li></ul>

## 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

<b>Cônjuge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG e 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>• Cópia do RG e cópia do CPF;</li> <li>• Declaração de União Estável lavrada em cartório ou Declaração de União Estável de próprio punho (contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2(duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) e Certidão de Nascimento de filho havido em comum e/ou prova do mesmo domicílio e/ou conta bancária conjunta e/ou escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente e/ou declaração de IR (Imposto de Renda);</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>Filho(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias</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> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>Enteado(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li> <li>• Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável registrada em cartório;</li> <li>• Cópia do CPF;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>
<b>Filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li> <li>• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;</li> <li>• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);</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 CPF;</li> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li> </ul>

\*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

**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.

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 e Tabelas de Redução de Carências

Procedimento	Carência contratual	Tempo de plano anterior (6 a 11 meses)	Tempo de plano anterior (A partir de 12 meses)
Urgências e Emergências	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Consultas eletivas	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames simples - aqueles não considerados como complexos	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames complexos - exames classificados no rol de procedimentos da ANS como PAC ou com DUT	180 (cento e oitenta) dias	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Terapias	180 (cento e oitenta) dias	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 (cento e oitenta) dias	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 (cento e oitenta) dias	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias

## Condições para Redução de Carências

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

- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência, de Operadora Congênere, conforme a “Relação de operadoras congêneres” listada a seguir; ou
- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência de outra Unimed do Sistema ou da Central Nacional Unimed.
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo:
  - a. 60 (sessenta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta, para os casos de clientes oriundos de Operadora Congênere;
  - b. 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta, para os casos de clientes oriundos de outra Unimed do Sistema ou da Central Nacional Unimed, desde que não tenha ocorrido cancelamento pela RN 412.
- O beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, por período superior a 6 (seis) meses, conforme quadro de carências disposto a seguir.

**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 ou Referência.
- Oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptados à Lei 9.656/98.

## Relação de Operadoras Congêneres

Allianz	Garantia de Saúde (Hosp. Adventistas de Belém e Manaus)	Nordeste Saúde	São Cristóvão
Ameplan	Geap	Omint	Saúde Casseb
Amil	GNDI (NotreDame Intermédica)	One Health	Saúde Sim
Assefaz	Golden Cross	Pame	Slam
BB Seguros	Green Line	Pasa (Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da Vale)	Smile
Bio Vida	Hapvida	PlanSaúde (Hosp. Bom Samaritano)	Sompo Seguros
Bradesco Saúde	Humana Saúde	Plena Saúde	Sul América
Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa)	Lincx	Porto Seguro	Trasmontano
Care Plus	Marítima	Prevent Sênior	União Médica
Cassi	Medial	Promédica	Unihosp
Dix Saúde	Mediservice	SAMEL	Unimed's (incluindo FAMA)
Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú)	MedSenior	Santa Helena	Vitallis

## 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:

Coparticipação <sup>1</sup>		
Grupo	Valor do Procedimento	Valor em R\$ <sup>3</sup>
Consultas Eletivas	-	37,96
Consultas em Pronto Atendimento	-	59,66
Exames e terapias - Grupo 01 <sup>2</sup>	De R\$ 0,01 a R\$ 2,50	0,00
Exames e terapias - Grupo 02 <sup>2</sup>	De R\$ 2,51 a R\$ 7,50	2,71
Exames e terapias - Grupo 03 <sup>2</sup>	De R\$ 7,51 a R\$ 10,00	5,42
Exames e terapias - Grupo 04 <sup>2</sup>	De R\$ 10,01 a R\$ 30,00	10,85
Exames e terapias - Grupo 05 <sup>2</sup>	De R\$ 30,01 a R\$ 60,00	27,12
Exames e terapias - Grupo 06 <sup>2</sup>	Acima de R\$ 60,01	59,66

<sup>1</sup> Valores mensais expressos em Reais(R\$), per capita e poderão ser reajustados.

<sup>2</sup> Os procedimentos integrantes a cada grupo estarão disponíveis no site da Operadora [www.centralnacionalunimed.com.br/web/cnu/beneficiario](http://www.centralnacionalunimed.com.br/web/cnu/beneficiario), na área logada.

<sup>3</sup> A coparticipação está limitada a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo.

Haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos.





## 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 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:
  - 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 das tabelas: **Junho/2022 até Maio/2023**

Atualização do material: **Maio/2022**

### Planos SEM Coparticipação

	Estilo Nacional ADS II - E (EF) 483.270/19-1	Estilo Nacional ADS II A - (EF) 483.273/19-6	Absoluto Nacional ADS II - A (EF) 483.268/19-0	Superior Nacional ADS II - A (EF) 483.272/19-8	Exclusivo Nacional ADS II - A (EF) 482.829/19-1
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia				
Abrangência geográfica de atendimento	Nacional				
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual			
Coparticipação	Não				
Múltiplo de reembolso de consultas médicas	1 vez a tabela CNU	1 vez a tabela CNU	1 vez a tabela CNU	2 vezes a tabela CNU	4 vezes a tabela CNU
Até 18 anos	417,59	513,64	565,84	728,59	1.438,14
De 19 a 23 anos	534,53	657,47	724,29	932,61	1.840,83
De 24 a 28 anos	567,90	698,51	769,48	990,83	1.955,73
De 29 a 33 anos	584,55	718,98	792,04	1.019,87	2.013,10
De 34 a 38 anos	638,85	785,79	865,65	1.114,61	2.200,11
De 39 a 43 anos	730,68	898,76	990,08	1.274,87	2.516,40
De 44 a 48 anos	1.022,91	1.258,20	1.386,06	1.784,73	3.522,81
De 49 a 53 anos	1.369,51	1.684,50	1.855,69	2.389,48	4.716,44
De 54 a 58 anos	1.536,62	1.890,04	2.082,10	2.681,00	5.291,87
A partir de 59 anos	2.505,25	3.081,44	3.394,61	4.371,00	8.627,73

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

### Planos COM Coparticipação

	Estilo Nacional ADS III - E (EF) 482.823/19-2	Estilo Nacional ADS III - A (EF) 482.825/19-9	Absoluto Nacional ADS III - A (EF) 482.835/19-6	Superior Nacional ADS III - A (EF) 482.827/19-5
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia			
Abrangência geográfica de atendimento	Nacional			
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual		
Coparticipação	Sim			
Múltiplo de reembolso de consultas médicas	1 vez a tabela CNU	1 vez a tabela CNU	1 vez a tabela CNU	2 vezes a tabela CNU
Até 18 anos	322,16	396,24	436,51	562,07
De 19 a 23 anos	412,36	507,20	558,75	719,45
De 24 a 28 anos	438,10	538,87	593,62	764,37
De 29 a 33 anos	450,95	554,67	611,04	786,79
De 34 a 38 anos	492,84	606,19	667,79	859,88
De 39 a 43 anos	563,70	693,35	763,80	983,51
De 44 a 48 anos	789,14	970,64	1.069,26	1.376,84
De 49 a 53 anos	1.056,52	1.299,52	1.431,57	1.843,35
De 54 a 58 anos	1.185,42	1.458,06	1.606,25	2.068,25
A partir de 59 anos	1.932,67	2.377,20	2.618,78	3.372,03

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



- Os planos podem ser comercializados no estado de Sergipe.





**Rede Médica e Laboratorial**  
 Informações resumidas e sujeitas a alterações.

CIDADE	HOSPITAIS	ESTILO	ABSOLUTO	SUPERIOR	EXCLUSIVO
Aracaju	Clín. Sta. Helena	PS/MAT	PS/MAT	PS/MAT	PS/MAT
	Hosp. Cirurgia	INT	INT	INT	INT
	Hosp. da Polícia Militar	INT	INT	INT	INT
	Hosp. do Coração	PS	PS	PS	PS
	Hosp. Primavera	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT
	Hosp. São José	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT
	Hosp. São Lucas	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT
	Hosp. Unimed	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT
	Sempre Viva	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT
Estância	Hosp. Amparo de Maria	MAT	MAT	MAT	MAT
Itabaiana	Hosp. e Mat. São José	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT
Lagarto	Hosp. N. Sra. da Conceição	INT	INT	INT	INT
	Hosp. Zacarias Junior	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT

CIDADE	LABORATÓRIOS	ESTILO	ABSOLUTO	SUPERIOR	EXCLUSIVO
Aracaju	Amise Clín. e Lab., Lab. Center, Lab. Med, Lab. Dra. Maria Do Carmo, Lab. Pac, Lapma Lab. de Anat. Patológica, Solim, Unid. Materno Infantil, Unimed Diag. I e Unimed Diag. II	LAB	LAB	LAB	LAB
Estância	Líder	LAB	LAB	LAB	LAB
Itabaiana	Prontolab.	LAB	LAB	LAB	LAB
Lagarto	Lab. Méd. e Lab. Osat	LAB	LAB	LAB	LAB

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



- Administradora de Benefícios/Contratante: Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.

• Este material técnico é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores, não podendo ser cedido e divulgado por terceiros. A validade das tabelas aqui constantes compreende o período indicado no cabeçalho e a suspensão de sua comercialização ou a exclusão de uma ou mais entidades de classe podem ocorrer a qualquer momento e sem prévio aviso.

- A **Central Nacional Unimed** 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 **Central Nacional Unimed**:  
[www.centralnacionalunimed.com.br](http://www.centralnacionalunimed.com.br)

## Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

**4004-4400**

Demais regiões:

**0800-16-2000**

