

# Guia do Consultor






Supremo | Bahia





## Entidades | Públicos

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

	<b>ABM   Associação Bahiana de Medicina</b> Médico	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os médicos e acadêmicos de medicina associados à Associação Bahiana de Medicina (ABM).			
<b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> 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.			
	<b>ABO   Associação Brasileira de Odontologia – Seção Bahia</b> Cirurgião-Dentista	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os cirurgiões-dentistas associados à Associação Brasileira de Odontologia – Seção Bahia (ABO-BA) e regularmente inscritos no Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CRO-BA), assim como os estudantes de graduação em odontologia associados à ABO-BA.			
<b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> Cirurgiões-dentistas: Cópia da carteira do CRO-BA e cópia da carteira de associado a ABO-BA ou cópia da carteira do CRO-BA e declaração original de associado emitida pela entidade com anuidade paga. Estudantes de graduação em Odontologia: Cópia da última mensalidade quitada da faculdade ou declaração da faculdade e cópia da carteira de associado a ABO-BA ou declaração original de associado emitida pela entidade com anuidade paga.			
	<b>AJUFE   Associação dos Juizes Federais do Brasil</b> Juiz Federal	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os associados à Associação dos Juizes Federais do Brasil (AJUFE).			
<b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> Cópia do holerite que comprove a associação à AJUFE ou cópia do holerite e cópia da carteira de associação à AJUFE.			
	<b>ANAMATRA   Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho</b> Servidor Público - Magistrado da Justiça do Trabalho	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os associados à Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (ANAMATRA) que estiverem vinculados à respectiva associação regional (Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho – AMATRA).			
<b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> Cópia da identidade profissional e cópia da carteira da ANAMATRA ou cópia da identidade profissional e declaração original de associado emitida pela entidade ou cópia de identidade profissional e cópia da carteira da AMATRA.			
	<b>CAAB   Caixa de Assistência dos Advogados da Bahia</b> Advogado	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>TITULAR</b> Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os advogados e estagiários de direito regularmente inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil – Seção do Estado da Bahia (OAB-BA) associados à Caixa dos Advogados da Bahia (CAAB).			
<b>DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR</b> Cópia da carteira da OAB-BA.			



**CREFONO-4 | Conselho Regional de Fonoaudiologia – 4ª Região**  
Fonoaudiólogo

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os fonoaudiólogos inscritos no Conselho Regional de Fonoaudiologia 4ª Região (CREFONO-4).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia da carteira do CREFONO-4 ou declaração original de associado emitida pela entidade.



**FNA | Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas**  
Arquiteto e Urbanista

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os 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).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

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).



**MÚTUA | Mútua de Assistência dos Profissionais da Engenharia, Arquitetura e Agronomia**  
Engenheiro e Profissional do CREA

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais registrados em um dos CREAs devidamente associados à Mútua de Assistência dos Profissionais da Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Mútua).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

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.



**SINDICONTA-BA | Sindicato dos Contabilistas do Estado da Bahia**  
Contabilista

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os contabilistas e estudantes (nível universitário, a partir do 5º semestre, ou técnico, no último ano do nível médio) de contabilidade do Estado da Bahia, desde que associados ao Sindicato dos Contabilistas do Estado da Bahia (SINDICONTA-BA).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Profissionais:

Cópia da carteira do CRC-BA e comprovante de associação (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

Estudantes:

Cópia do comprovante de escolaridade do último ano em curso técnico de contabilidade e comprovante de associação (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade) ou comprovante de matrícula a partir do 5º semestre do curso superior em contabilidade e comprovante de associação (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).



**SINDIRECEITA | Sindicato Nacional dos Analistas Tributários da Receita Federal do Brasil**  
Servidor Público

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os analistas tributários da Receita Federal do Brasil, devidamente associados ao SINDIRECEITA.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia do holerite com o desconto da contribuição social ao SINDIRECEITA ou cópia do holerite e cópia do comprovante de pagamento da contribuição social ao SINDIRECEITA.



## Planos

### Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas*
Amil 400 QC Nacional R PJCA	472.930/14-7	coletivo	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 400 QP Nacional R PJCA	472.932/14-3	individual	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 500 QP Nacional R PJCA	472.828/14-9	individual	Nacional	Até 2 vezes a tabela Amil
Amil 700 QP Nacional R PJCA	472.831/14-9	individual	Nacional	Até 3 vezes a tabela Amil

\* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso, consulte o Manual do Beneficiário.

### Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas*
Amil 400 QC Nacional R Copart PJCA	472.929/14-3	coletivo	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 400 QP Nacional R Copart PJCA	472.931/14-5	individual	Nacional	Até 1,5 vez a tabela Amil
Amil 500 QP Nacional R Copart PJCA	472.933/14-1	individual	Nacional	Até 2 vezes a tabela Amil
Amil 700 QP Nacional R Copart PJCA	472.830/14-1	individual	Nacional	Até 3 vezes a tabela Amil

\* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso, consulte o Manual do Beneficiário.



## Coberturas Garantidas

### Para todos os planos

Para todos os planos relacionados neste Guia 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.



## Dependentes

### Documentação dos dependentes

Cônjuge	<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>
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaração de União Estável registrada e feita em cartório (documento público), 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);</li><li>• Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a);</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
Filho(a) solteiro(a) com até 24 (vinte e quatro) anos completos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento;</li><li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
Filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do Laudo Médico e perícia médica;</li><li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li><li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
Enteado(a) solteiro(a) com até 24 (vinte e quatro) anos completos	<p>– <b>Titular casado</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia da Certidão de Casamento;</li><li>• Cópia do RG do(a) enteado(a) ou cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a);</li><li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</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 registrada e feita em cartório (documento público), 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), constando dependência econômica do(a) enteado(a);</li><li>• Cópia do RG do(a) enteado(a) ou cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a);</li><li>• Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular*	<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, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>

\*Cessados os efeitos de guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com até 24 (vinte e quatro) anos completos, 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) com idade igual ou superior a 8 anos 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

Grupo de benefícios	Carência contratual
Carência - consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 (trinta) dias
Carência - exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 (trinta) dias
Carência - exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados em cláusula contratual, exceto os específicos abaixo:	180 (cento e oitenta) dias
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 (cento e oitenta) dias
b) Exames de ultrassonografia;	180 (cento e oitenta) dias
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 (cento e oitenta) dias
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 (cento e oitenta) dias
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 (cento e oitenta) dias
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 (cento e oitenta) dias
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 (cento e oitenta) dias
h) Procedimentos para litotripsia;	180 (cento e oitenta) dias
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 (cento e oitenta) dias
j) Artroscopia;	180 (cento e oitenta) dias
k) Diálise ou hemodiálise;	180 (cento e oitenta) dias
l) Hemoterapia;	180 (cento e oitenta) dias
m) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	180 (cento e oitenta) dias
Carência - internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes);	180 (cento e oitenta) dias
Carência - parto a termo.	300 (trezentos) dias

### 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 consultas, exames, terapias, procedimentos e internações, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS. Consulte os valores relativos à coparticipação na Tabela de Preços.



## 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	1º 15	Todo dia 1º Todo dia 15	Em qualquer banco, até o vencimento	
Débito automático em conta-corrente	1º 15	Todo dia 1º Todo dia 15	001- Banco do Brasil 237- Bradesco 070- BRB	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.

### Prazos para adesão

Data da proposta   Recebimento da proposta	Início da vigência do benefício
Dia 01 a 15	Dia 1º
Dia 16 a 30	Dia 15



- Administradora de Benefícios/Contratante: Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.
- 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 **Amil** 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 **Amil**: [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br)
- Os planos mencionados neste material podem ser comercializados no Estado da Bahia.



The Amil logo is centered within a white rounded rectangle. It features the word "Amil" in a blue, italicized sans-serif font. A stylized graphic element above the letters consists of three overlapping, curved lines in blue, yellow, and green.

**Central de Serviços Qualicorp**

Para capitais e região metropolitana:

**4004-4400**

Demais regiões:

**0800-16-2000**

**[www.qualicorp.com.br](http://www.qualicorp.com.br)**

The Qualicorp logo features a stylized white letter 'Q' with a blue outline. Inside the 'Q' is a white silhouette of a hand holding a pen. To the right of the 'Q' is the word "Qualicorp" in a blue, sans-serif font, followed by the tagline "Sempre do seu lado." in a smaller, italicized blue font.

**Qualicorp**  
*Sempre do seu lado.*