

JUL/2024

QualiPRO
PME
Administrado
Bahia

ampla⁺
SAÚDE

Empresa

Coberturas

Dependentes

Carências

Redução de
Carências

Copart

Pagamento

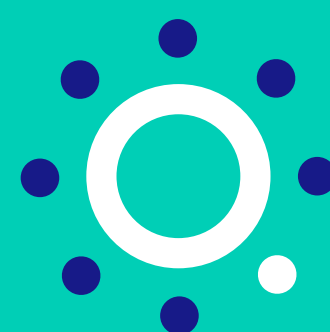
Preços

Área

Rede

Infos

ampla⁺
SAÚDE



quali
corp

Este é o projeto **PME Administrado** para o qual a Qualicorp oferece, em condições especiais, o plano de saúde coletivo empresarial da **Ampla Saúde**. Os empreendedores, sócios e funcionários devidamente registrados em um CNPJ podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais.

Elegibilidade PME	Documentação necessária*
<p>Poderão ser consideradas elegíveis todas as empresas PME (03 a 29 vidas), beneficiários vinculados a um CNPJ (funcionários e sócio) e empreendedores individuais (MEI e Empresário Individual), são necessários no mínimo 6 meses de inscrição no CNPJ e demais empresas (EIRELLI, LTDA, S/A, S/S e S/C) imediato a partir da abertura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documentação Empresa <ul style="list-style-type: none"> - MEI ou Empresário Individual: declaração de MEI ou Empresário Individual; cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato; comprovante de endereço e cópia do CNPJ atualizado. - Demais empresas (EIRELLI, LTDA, S/A, S/S e S/C): cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial; cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato; comprovante de endereço e cópia do CNPJ atualizado. • Documentação para inclusão de Titular Sócio <ul style="list-style-type: none"> - Contrato social ou declaração do MEI ou firma individual; cópia do RG e do CPF. • Documentação para inclusão de Funcionário** <ul style="list-style-type: none"> - Carteira de Trabalho ou cópia do FGTS ou ficha de registro ou declaração de vínculo trabalhista; cópia do RG e do CPF.

***Documentação para associações, sindicatos, igrejas, condomínios ou cooperativa:** além das documentações acima, apresentar Ata válida ou Estatuto.

****Observação:**

Para comprovação de vínculo empregatício de funcionários, a operadora também aceitará a Carta de Autorização de Inclusão de Funcionário devidamente assinada pelo representante da empresa.

- Esse projeto poderá ser comercializado pelo canal interno e externo de todo o Brasil.



Para todos os planos

Para todos os planos relacionados neste material de vendas são contempladas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento



Documentação dos dependentes

Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG e cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> • 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); Certidão de Nascimento de filhos em comum; • Cópia do RG e cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a), natural ou adotivo(a) até 35 anos, 11 meses e 29 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) até 35 (trinta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	<p>– Titular casado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde. <p>– Titular com companheiro(a):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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); ou cópia da Certidão de Nascimento de filhos em comum; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia do Termo de Adoção e Guarda (conforme o caso); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Menor solteiro(a), que por força judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular*	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do Termo da Tutela ou da Guarda Judicial; • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Pai/Mãe	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG ou CNH do Titular; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cartão Nacional de Saúde.
Padrasto/Madrasta	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG ou CNH do Titular; ou cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura Pública de união estável do Titular; • Comprovante de união estável pai/mãe com padrasto/madrasta ou Certidão de Casamento. • Cartão Nacional de Saúde.
Irmão(ã)	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG ou CNH do Titular; ou • Cópia do RG ou CNH do irmão; ou • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cartão Nacional de Saúde.
Cunhado(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou escritura pública de união estável; ou RG do cônjuge ou companheiro(a) do Titular; • Cópia da Certidão de Casamento do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou escritura pública de união estável do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou RG do cunhado(a); • Cartão Nacional de Saúde.

*Cessados os efeitos da Guarda ou Tutela, será analisada a possibilidade de permanência do (a) dependente no benefício.

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

Tio(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento dos pais do Titular; • Cópia do RG ou CNH do tio; ou Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cartão Nacional de Saúde.
Sogro(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou Escritura pública de união estável; • Cartão Nacional de Saúde.
Sobrinho(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG ou CNH do Titular; • Cópia do RG ou CNH do pai/mãe do sobrinho; • Cópia do RG ou CNH do sobrinho ou Certidão de Nascimento; • Cartão Nacional de Saúde.
Genro/Nora	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura pública de união estável; • Cartão Nacional de Saúde.
Neto(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Nascimento do neto; ou RG ou CNH da mãe/pai do neto; • Cartão Nacional de Saúde.

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

As comprovações de Registro Geral (RG) e o CPF também poderão ser realizadas mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Passaporte emitido no Brasil + CPF;
- RNE (Registro Nacional Estrangeiro) + CPF;
- RNM (Registro Nacional Migratório) + CPF;
- CNH (Carteira Nacional de Habilitação) + CPF;
- Carteira do Conselho Regional + CPF;
- Carteira da OAB (UF) + CPF;
- Carteira funcional + CPF;
- Print da Receita federal em substituição ao CPF; e
- Certidão de nascimento em substituição ao Registro Geral (RG).


Carências Contratuais

Carência	Grupos de Procedimentos*	Carência Contratual
Urgência e Emergência	Acidente Pessoal Consulta Em Pronto Socorro	24 horas
Consultas e Exames simples	Consulta Médica Ambulatorial, Laboratório Simples, Radiografia Simples, Eletrocardiograma e Papanicolau	30 dias
Exames de Média complexidade	Ultrassonografia, Radiografia Contrastados, Laboratório de Média Complexidade (Hormonais, Imunológicos e Teste de Sensibilidade), Teste Ergométrico, Mapa, Holter, Exames Oftalmológicos Simples, Exames Obstétricos e Audiometrias	90 dias
Exames de Alta complexidade	Cintilografias, Laboratório de Alta Complexidade (Genéticos), Tomografias, Ressonância Magnética, Punções Guiadas/Anatomopatológico, Endoscopias, Biópsias, Mamografias, Densitometria Óssea, Exames Oftalmológicos Complexos e Doppler	180 dias
Procedimentos de Média complexidade	Citologia, Pequenas Cirurgias e Colocação de DIU	180 dias
Procedimentos de Alta complexidade	Quimioterapia, Radioterapia e Hemodiálise	180 dias
Terapias simples	Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia e Acupuntura	120 dias
Terapias especiais	Terapias especiais com DUT (Terapia Antineoplásica Oral, Terapia Imunobiológica, Terapias Isoladas ou Multidisciplinares com Métodos Específicos - ABA, Bobath e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens	180 dias
Internações e Cirurgias	-	180 dias
Parto a termo	-	300 dias
Doenças e Lesões preexistentes	-	730 dias

*As informações dispostas nos grupos de exames, procedimentos e terapias, são exemplos, portanto, a relação detalhada de cada grupo poderá ser consultada pelo beneficiário no site www.amplasaude.com.

Condições para Redução de Carências

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

- a. Possuir um plano de saúde da “Relação de operadoras congêneres”, listadas a seguir neste material, por um período igual ou maior que 6 (seis) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 1”;
- b. O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício.

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

- a. Proponente oriundo de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais;
- b. Proponente portador de lesões preexistentes declaradas da Declaração de Saúde na proposta;
- c. Proponente oriundo de planos não regulamentados pela lei nº 9.656/98;
- d. Proponente advindo de operadora/seguradora não constantes na relação de Operadoras Congêneres, listadas a seguir;
- e. Proponente cuja data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de início de vigência do benefício.

Tabelas de Redução de Carências

Carência	Grupos de Procedimentos*	Carência Contratual	Tabela 1
Urgência e Emergência	Acidente Pessoal Consulta Em Pronto Socorro	24 horas	24 horas
Consultas e Exames simples	Consulta Médica Ambulatorial, Laboratório Simples, Radiografia Simples, Eletrocardiograma e Papanicolau	30 dias	24 horas
Exames de Média complexidade	Ultrassonografia, Radiografia Contrastados, Laboratório de Média Complexidade (Hormonais, Imunológicos e Teste de Sensibilidade), Teste Ergométrico, Mapa, Holter, Exames Oftalmológicos Simples, Exames Obstétricos e Audiometrias	90 dias	90 dias
Exames de Alta complexidade	Cintilografias, Laboratório de Alta Complexidade (Genéticos), Tomografias, Ressonância Magnética, Punções Guiadas/ Anatomopatológico, Endoscopias, Biópsias, Mamografias, Densitometria Óssea, Exames Oftalmológicos Complexos e Doppler	180 dias	180 dias
Procedimentos de Média complexidade	Citologia, Pequenas Cirurgias e Colocação de DIU	180 dias	180 dias
Procedimentos de Alta complexidade	Quimioterapia, Radioterapia e Hemodiálise	180 dias	180 dias
Terapias simples	Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia e Acupuntura	120 dias	120 dias
Terapias especiais	Terapias especiais com DUT (Terapia Antineoplásica Oral, Terapia Imunobiológica, Terapias Isoladas ou Multidisciplinares com Métodos Específicos - ABA, Bobath e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens	180 dias	180 dias
Internações e Cirurgias	-	180 dias	180 dias
Parto a termo	-	300 dias	300 dias
Doenças e Lesões preexistentes	-	730 dias	730 dias

*As informações dispostas nos grupos de exames, procedimentos e terapias, são exemplos, portanto, a relação detalhada de cada grupo poderá ser consultada pelo beneficiário no site www.amplasaude.com.

Relação de Operadoras Congêneres

• Allianz	• NDI SP/RJ/MG	• Unimed Campinas	• Unimed São José do Rio Preto
• Amil	• Omint	• Unimed Curitiba	• Unimed São José dos Campos
• Assim Saúde	• One Health	• Unimed FERJ	• Unimed Sorocaba
• Aurora	• Paraná Clínicas	• Unimed Jacareí	• Unimed Taubaté
• Blue Saúde	• Porto Seguro	• Unimed Leste Fluminense	• Unimed Vitória
• Bradesco	• Seguros Unimed	• Unimed Recife	• Usisaúde
• Central Nacional Unimed	• Sompo Seguros	• Unimed Ribeirão Preto	
• Clinipam	• SulAmérica	• Unimed Rio	
• Golden Cross	• Unimed Belo Horizonte	• Unimed Santos	

Documentos necessários

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:

- Carta da Operadora/Seguradora, contendo informações como o período de permanência, plano e acomodação;
- Cópia digital do cartão de identificação da congênere, desde que contenha a data de início de vigência;
- Cópia de 2 (dois) últimos comprovantes de pagamentos* com a Operadora/ seguradora anterior.

*No caso de plano de origem na contratação "coletiva empresarial" fica dispensado o comprovante de pagamento do beneficiário.

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Além das carências descritas acima, havendo preenchimento da "Declaração de Saúde" e constar 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 determinados procedimentos, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS, conforme o quadro de procedimentos e valores indicados a seguir:

Limites em Reais R\$ ¹							
Procedimentos	Coparticipação ¹	Linha Ampla 200	Linha Ampla 300	Linha Ampla 400	Linha Ampla 500	Linha Ampla 600	Linha Ampla 700
Consultas médicas	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00	70,00
Exames Grupo 1 ²	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00	70,00
Exames Grupo 2 ²	30% do valor do evento	10,00	10,00	10,00	10,00	15,00	15,00
Procedimentos ambulatoriais	30% do valor do evento	50,00	50,00	50,00	50,00	70,00	70,00
Terapias ³	50% do valor do evento	-	-	-	-	-	-
Internações, exceto psiquiátricas ⁴	-	250,00	250,00	250,00	250,00	400,00	400,00
Limite Mensal ¹	-	400,00	450,00	550,00	600,00	750,00	1.000,00

¹ Os valores de coparticipação e limitadores poderão ser reajustados.

² A relação detalhada de cada grupo de Exames poderá ser consultada pelo beneficiário no site www.amplasaude.com

³ Não haverá limitação de valores para terapias.

⁴ Os valores de coparticipação para internação serão cobrados por evento, independentemente da quantidade de dias que o beneficiário fique internado. Para internação psiquiátrica haverá a incidência de coparticipação financeira do beneficiário fixada em 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º dia contínuos ou não por ano de contrato, não cumulativos.



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	1º 10 20	Em qualquer banco, até o vencimento.	
Débito automático em conta-corrente	1º 10 20	1º 10 20	001 - Banco do Brasil 237 - Bradesco 070 - BRB	104 - Caixa Econômica Federal 341 - Itaú 033 - Santander

Reajustes

- Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo de plano de saúde,, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:
 - I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
 - II) reajuste por mudança de faixa etária;
 - III) reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.
- Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

PLANOS - BAHIA

Data base de reajuste: **Junho**

Data de validade das tabelas: **Junho/2024 até Maio/2025**

Planos SEM Coparticipação

	Ampla 200 EMP QC	Ampla 200 EMP QP	Ampla 300 EMP QC	Ampla 300 EMP QP	Ampla 400 EMP QP	Ampla 500 EMP QP	Ampla 600 EMP QP	Ampla 700 EMP QP
	499.203/24-2	499.204/24-1	499.268/24-7	499.269/24-5	499.277/24-6	499.188/24-5	499.281/24-4	499.194/24-0
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Estados							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual				
Até 18 anos	263,21	329,02	267,20	334,00	351,50	372,03	404,07	655,23
De 19 a 23 anos	320,60	400,75	325,45	406,82	428,13	453,13	492,15	798,07
De 24 a 28 anos	368,69	460,86	374,27	467,84	492,35	521,10	565,98	917,78
De 29 a 33 anos	416,99	521,23	423,30	529,13	556,85	589,36	640,12	1.038,01
De 34 a 38 anos	463,28	579,09	470,29	587,86	618,66	654,78	711,17	1.153,23
De 39 a 43 anos	530,44	663,05	538,48	673,10	708,37	749,73	814,29	1.320,45
De 44 a 48 anos	658,81	823,51	668,79	835,99	879,79	931,16	1.011,35	1.639,99
De 49 a 53 anos	824,18	1.030,22	836,66	1.045,82	1.100,62	1.164,88	1.265,20	2.051,63
De 54 a 58 anos	1.052,46	1.315,58	1.068,41	1.335,51	1.405,49	1.487,56	1.615,66	2.619,94
A partir de 59 anos	1.519,76	1.899,70	1.542,78	1.928,48	2.029,53	2.148,03	2.333,01	3.783,19

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

Planos COM Coparticipação

	Ampla 200 EMP QC Copart	Ampla 200 EMP QP Copart	Ampla 300 EMP QC Copart	Ampla 300 EMP QP Copart	Ampla 400 EMP QP Copart	Ampla 500 EMP QP Copart	Ampla 600 EMP QP Copart	Ampla 700 EMP QP Copart
	499.199/24-1	499.202/24-4	499.286/24-5	499.287/24-3	499.274/24-1	499.187/24-7	499.280/24-6	499.193/24-1
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia							
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Estados							
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual				
Até 18 anos	219,35	274,19	222,68	278,34	292,93	310,03	336,73	546,03
De 19 a 23 anos	267,16	333,95	271,21	339,01	356,78	377,61	410,13	665,06
De 24 a 28 anos	307,24	384,05	311,89	389,86	410,30	434,25	471,65	764,81
De 29 a 33 anos	347,49	434,36	352,75	440,94	464,04	491,14	533,44	865,01
De 34 a 38 anos	386,06	482,58	391,90	489,89	515,55	545,65	592,64	961,03
De 39 a 43 anos	442,04	552,55	448,74	560,91	590,30	624,78	678,58	1.100,38
De 44 a 48 anos	549,01	686,26	557,33	696,65	733,16	775,96	842,79	1.366,66
De 49 a 53 anos	686,81	858,51	697,21	871,51	917,19	970,74	1.054,34	1.709,70
De 54 a 58 anos	877,06	1.096,33	890,34	1.112,93	1.171,24	1.239,63	1.346,39	2.183,28
A partir de 59 anos	1.266,48	1.583,09	1.285,65	1.607,06	1.691,28	1.790,03	1.944,18	3.152,66

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



- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Alagoinhas, Camaçari, Dias D'Ávila, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador e Simões Filho.



Cidade	Hospitais	Ampla 200	Ampla 300	Ampla 400	Ampla 500	Ampla 600	Ampla 700
Feira de Santana	EMEC	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT
	Hosp. Santa Emília	-	-	-	-	MAT	MAT
Jequié	Hosp. Santa Helena	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT	PS/INT/MAT
Lauro de Freitas	Hosp. Aeroporto	-	-	-	-	PS/INT	PS/INT
Salvador	HBA	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT	PS/INT
	Somed Socorros Médicos	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	Hosp. Santo Amaro	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT
	Hosp. Portugues	-	-	-	INT/MAT	INT/MAT	INT/MAT
	Cardio Pulmonar da Bahia	-	-	-	-	PS/INT	PS/INT
	HSR	-	-	-	-	PS/INT	PS/INT

Cidade	Labortórios	Ampla 200	Ampla 300	Ampla 400	Ampla 500	Ampla 600	Ampla 700
Feira de Santana	Lade Lab., Cedapi - Cto. Diagnóstico Pires, Labore E Bio Center	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	Hosp. Santa Emília	-	-	-	-	LAB	LAB
Lauro de Freitas	Labchecap Vilas do Atlântico e LPC Lab. de Patologia - Unid. Vilas do Atlântico	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	A+ Medicina Diagnostica	-	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
Salvador	Clivale Iguatemi, Labaclen, Sabin Med. Diagnóstica e Lavoisier	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	A+ BA Imbui	-	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
	Hosp. Portugues	-	-	-	LAB	LAB	LAB
	HSR	-	-	-	-	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 pode ocorrer a qualquer momento e sem prévio aviso.

- A **Ampla 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 **Ampla Saúde**: www.amplasaude.com

Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-16-2000

