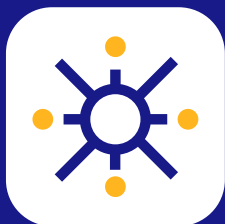


DEZ/2025

QualiPRO
Minas Gerais



Órgão Público
e Vinculadas



Coberturas



Dependentes



Carências



Copart



Pagamento



Preços



Área



Rede



Infos



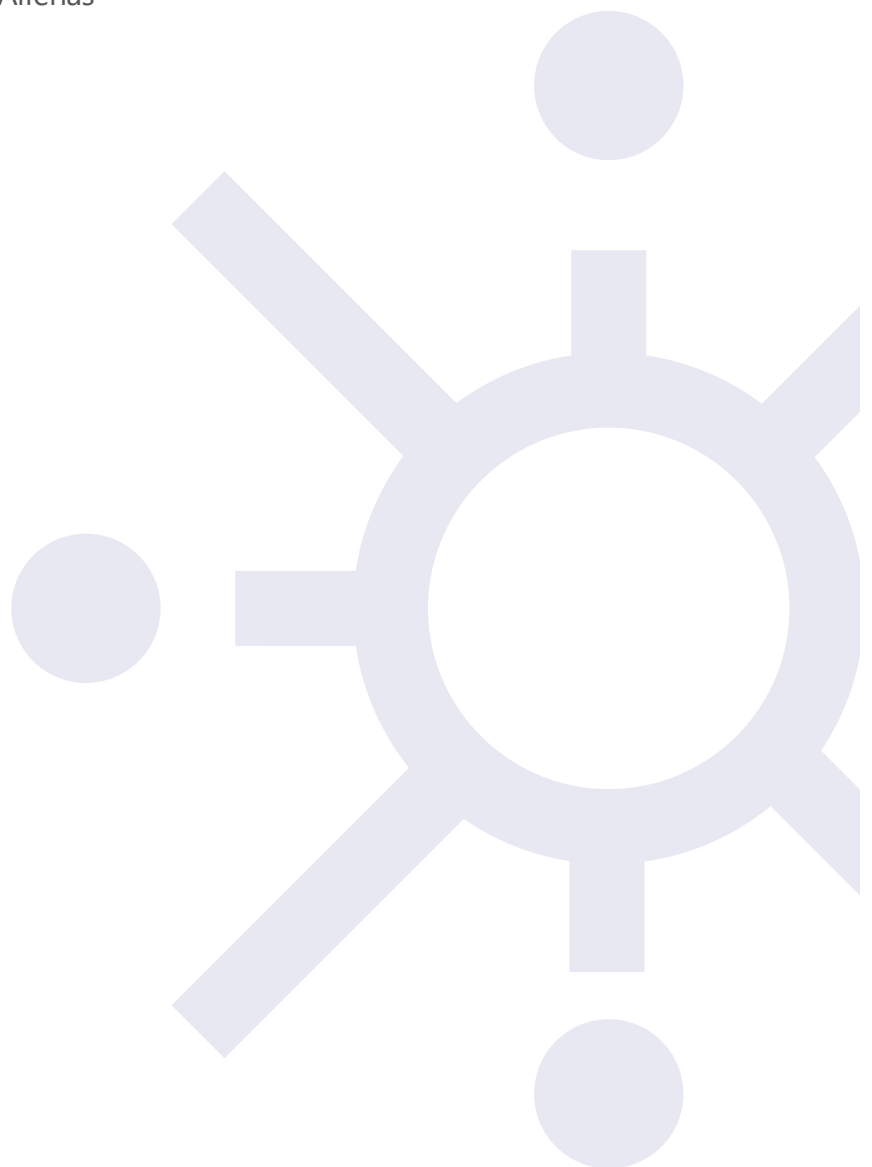
quali
corp

Este é o órgão público para o qual 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.

- **MEC** | Servidores do Ministério da Educação

VINCULADAS

- **EBSERH** | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- **IFMG** | Inst. Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais
- **IFSUDESTEMG** | Inst. Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Do Sudeste de Minas Gerais
- **IFSULDEMINAS** | Inst. Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Do Sul de Minas Gerais
- **IFTM** | Inst. Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro
- **MEC** | Servidores do Ministério da Educação
- **UFLA** | Univ. Federal de Lavras
- **UFTM** | Univ. Federal do Triângulo Mineiro
- **UFU** | Univ. Federal de Uberlândia
- **UNIFAL - MG** | Univ. Federal de Alfenas





Órgão Público

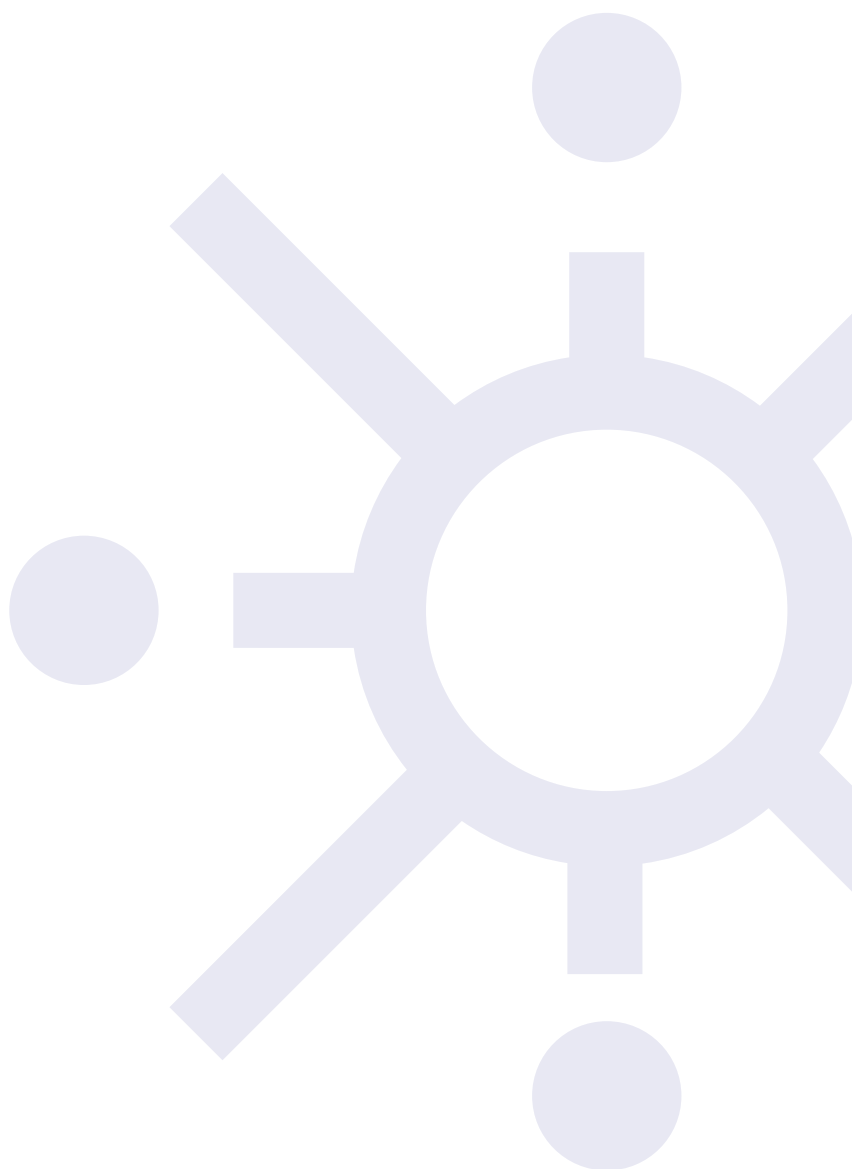
MEC

MEC | Ministério da Educação
Servidores do Ministério da Educação

Titular	Documentação necessária do Titular
Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas interessadas, os servidores de cargos de natureza especial do MEC, os servidores de cargos comissionados do MEC com e sem vínculo com a Administração Pública Federal e os pensionistas.	• Contracheque, cópia do Diário oficial ou termo de posse. • Para vinculada EBSEH: - cópia do contrato de trabalho ou; - cópia da Carteira de Trabalho ou ainda; - cópia do contracheque com vínculo Celetista/Empregado.

Auxílio Saúde

O beneficiário deverá confirmar o valor a receber com o RH do órgão de origem. Para a vinculada EBSEH o ressarcimento será de 50% do valor do plano, até o teto máximo de R\$ 190,65.





Documentação dos dependentes

Cônjuge	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
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, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) até 21 (vinte e um) anos de idade	• Cópia do RG (24 anos ou mais); • Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 24 anos); • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) absolutamente incapaz solteiro(a) até 21 (vinte e um) anos de idade sob tutela ou curatela do beneficiário titular	• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia da Tutela ou Curatela expedida por Órgão Oficial; • Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filhos e enteados solteiros, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação	• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia da Tutela ou Curatela expedida por Órgão Oficial; • Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) até 21 (vinte e um) anos de idade	• Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela do beneficiário titular	• Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda"; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Pai/Padrasto e Mãe/Madrasta, dependente economicamente dos servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas interessadas, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do 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/ Estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

Regras para Pensionistas

- Os beneficiários dependentes, poderão ser incluídos como pensionistas desde que estejam ativos na data do óbito do titular e que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão.
- No caso do pensionista, será somente alteração de titularidade, não poderá ocorrer alteração de plano durante a vigência do contrato e inclusão de dependentes (incluindo dependentes legais).



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.



Carências contratuais para os planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Cobertura	Prazos de Carências Contratuais*
Para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula 5.1, em conformidade com a CONSU nº 13/98;	24 (vinte e quatro) horas
Para a 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)), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG);	30 (trinta) dias
Para a 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); 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); 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; Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo.	300 (trezentos) dias

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



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:

Procedimentos	Coparticipação*	
	Limitador (%)	Valor (R\$)
Consultas eletivas	15%	26,67
Consultas de urgência	15%	43,94
Exames simples	15%	10,98
Exames complexos	15%	78,46
Demais terapias	Valor fixo	21,20
Terapias Neurológicas	Valor fixo	68,90

¹ Os valores de coparticipação e limitador poderão ser reajustados.

² Os valores de coparticipação para internação serão cobrados por evento, independente da quantidade de dias que o beneficiário fique internado.

Coparticipação Psiquiátrica

Coparticipação sobre internações psiquiátricas:

Ficam as partes cientes que para todo e qualquer plano da **contratada** que envolva cobertura hospitalar, conforme quadro I, da cláusula 3 do presente **instrumento**, será pago pelo beneficiário, a título de **coparticipação**, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas, a partir do 31º. (trigésimo primeiro) dia de internação, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato.



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	Todo dia 5	Em qualquer banco, até o vencimento.	
Débito automático em conta-corrente	1º	Todo dia 5	001 - Banco do Brasil 237 - Bradesco	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:
 - 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**Data base de reajuste: **Novembro**Data de validade das tabelas: **Novembro/2025 até Outubro/2026****Planos COM Coparticipação**

	Nosso Plano AHO CE GM ENF CC CORP PRM 002	Nosso Plano AHO CE GM APT CC CORP PRM 012	Nosso Plano AHO CE MUN ENF CC RN1CORP 076	Nosso Plano AHO CE MUN APT CC RN1CORP 28
	490.084/21-7	490.089/21-8	493.823/22-2	485.939/20-1
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia			
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios			
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual
Coparticipação	Sim			
Até 18 anos	182,12	254,96	182,12	254,96
De 19 a 23 anos	203,92	285,49	203,92	285,49
De 24 a 28 anos	228,38	319,73	228,38	319,73
De 29 a 33 anos	262,58	367,62	262,58	367,62
De 34 a 38 anos	301,94	422,73	301,94	422,73
De 39 a 43 anos	359,26	502,98	359,26	502,98
De 44 a 48 anos	449,02	628,63	449,02	628,63
De 49 a 53 anos	561,20	785,68	561,20	785,68
De 54 a 58 anos	953,87	1.335,42	953,87	1.335,42
A partir de 59 anos	1.068,29	1.495,61	1.068,29	1.495,61

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



MINAS GERAIS

- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Confins, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Itabirito, Jatuba, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaruçu de Minas, Uberaba, Uberlândia e Vespasiano.

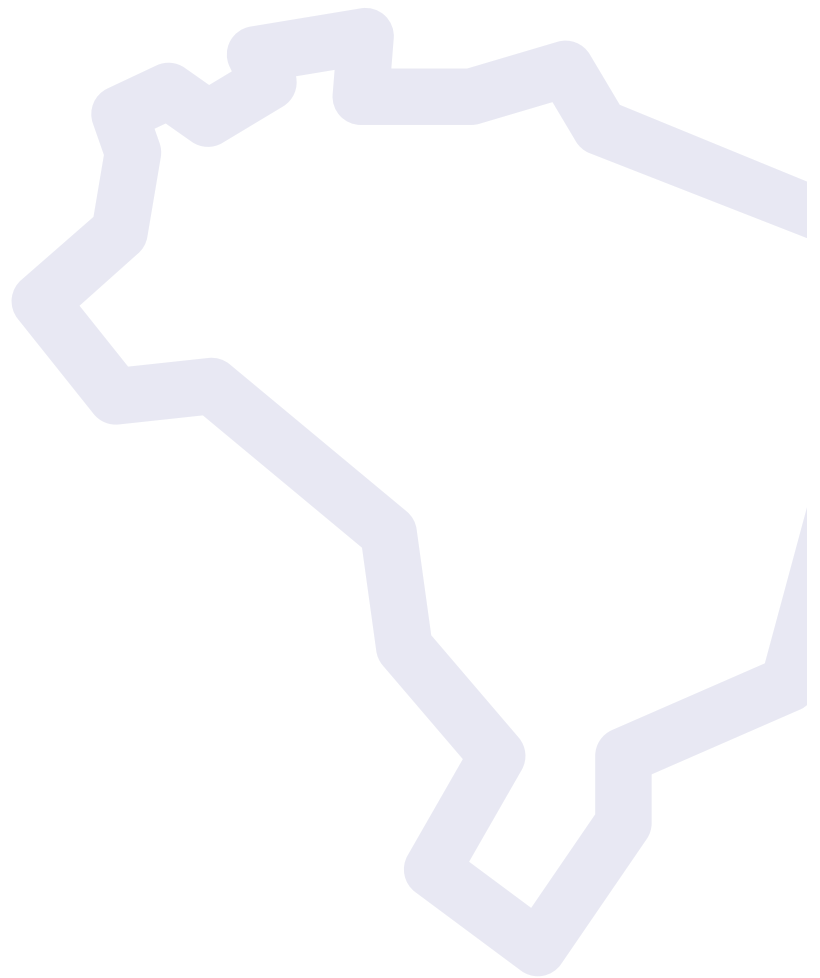


Rede Médica e Laboratorial

Informações resumidas e sujeitas a alterações.

- 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

Qualicorp Clube de Saúde
Adm. de Benefícios:
ANS nº 419290

Hapvida:
ANS nº 368253

Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-016-2000

