

Tabela Salutar PME | Qualicorp - Empresarial - PME

Referência: Fevereiro/2020 - Taxa de Inscrição: 30,00 por contrato

PME

Faixa Etária	Smart QC 02 a 9 vidas
Acomodação	Enf.
Abrangência	Reg.
0 a 18	R\$ 77.19
19 a 23	R\$ 104.19
24 a 28	R\$ 123.13
29 a 33	R\$ 128.64
34 a 38	R\$ 132.94
39 a 43	R\$ 146.24
44 a 48	R\$ 190.11
49 a 53	R\$ 247.14
54 a 58	R\$ 321.28
59 ou +	R\$ 463.07

REDE CREDENCIADA Rede Credenciada Simplificada (Smart)

HOSPITAIS

ZONA SUL

Rio de Janeiro

- Clínica Cirúrgica Santa Bárbara - •

ZONA NORTE

Rio de Janeiro

- Amparo Feminino de 1912 - •
- Casa de Saúde São Bento (Rosa Barca) - •
- Clinica Cristo Rei - •
- Hospital de Irajá (Quatro Amigos) - •
- Samci Ambulatório de Esp. Pediátricas - Tijuca - •

CENTRO

Rio de Janeiro

- Casa de Saude Saint Roman - •

ZONA OESTE

Rio de Janeiro

- Amiu Jacarepaquá - •

ZONA OESTE

Rio de Janeiro

- Hospital Di Camp - •

BAIXADA FLUMINENSE

Duque de Caxias

- Hospital Daniel Lipp - •

Nova Iguaçu

- PSIL Pronto Socorro Infantil - Nova Iguaçu - •

OUTRAS REGIÕES

Niterói

- Clipe Clínica Pediátrica - •

São Gonçalo

- Hospital São José dos Lírios - •

Carência

Procedimentos	Carência Contratual	ARC 05/12	ARC 06/12	ARC 07/12
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas

Consultas, exames de análises clínicas e radiológicas	30 dias	24 horas	Isento	Isento
Ultrassonografias com Doppler, USG coloridas, testes de função pulmonar, ecocardiografias. Eletrocardiogramas, laparoscopias e fisioterapias.	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias
Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Oxigenoterapia Hiperbárica, Radioterapia e demais procedimentos cobertos.	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias
Internação Clínica e Cirúrgica	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias
Internação hospitalar para transtorno psiquiátrico	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Doenças e lesões preexistentes	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

Critérios de Redução de Carência

Redução para beneficiários até 57 anos 11 meses e 29 dias

Aditivo de redução de carência assinatura do titular.

Mínimo de 03 meses de plano anterior.

Não reduz carência para ex- beneficiários de planos hospitalares.

Não há redução de carências para doenças ou lesões preexistentes.

Inadimplente - Para ter redução de carência não pode ultrapassar 60 dias do último vencimento pago ou da exclusão da empresa.

Documentos Necessários:

Redução para ex – beneficiários de plano individual:

Cópia dos 03 últimos boletos quitados, quando o boleto for quitado pela internet ou caixa eletrônico anexar o comprovante de pagamento para a conferência do código de barras;

Carteirinha com o nome do titular e dos dependentes (se houver), data de início e a vigência do plano, tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento).

Se na carteirinha não constar às informações necessárias, deverão ser enviados os seguintes documentos cópia do contrato anterior com data, nome do titular e dos dependentes (se houver), e o tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento) Ou Carta original da operadora em papel timbrado com carimbo do CNPJ.

Redução para ex – beneficiários de PME e Grupal:

Cópia da carteirinha, carta original da empresa em papel timbrado com os seguintes requisitos, carimbo do CNPJ, nome dos titulares e seus dependentes, quando houver, tipo de acomodação do plano enfermaria ou apartamento, tempo de permanência – Início e término do plano (dia / mês / ano), nome, cargo e telefone do responsável que assinar a carta. Ou Carta de permanência da operadora anterior. Ou Cópia das 03 últimas faturas quitadas e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.

ARC 05/12 - Aplicado para clientes novos sem plano anterior.

ARC 06/12 - Aplicado para clientes que possuam algum plano de saúde ou seguro-saúde de operadora constante da "Relação de Operadoras Congêneres" com no mínimo 06 meses e máximo de 11 meses ininterruptos. Além disso, o plano ou seguro anteriormente contratado pelo beneficiário deve estar ativo ou com inadimplência de no máximo 60 dias

ARC 07/12 - Aplicado para clientes que possuam algum plano de saúde ou seguro-saúde de operadora constante da "Relação de Operadoras Congêneres" com no mínimo 12 meses ininterruptos. Além disso, o plano ou seguro anteriormente contratado pelo beneficiário deve estar ativo ou com inadimplência de no máximo 60 dias.

Não haverá troca de ARC, ou seja, alteração do Aditivo de Redução de Carências após implantação da proposta em sistema.

Para empresas com número igual ou superior a 30 beneficiários, não será exigido o cumprimento dos prazos de carência.

Operadoras Congêneres

AIG/ AGF/ Amil/ Bradesco/ Caarj/ Dix/ Gama/ Golden Cross/ Intermédica/ Marítima/ Medial/ Porto Seguro/ Sulamérica/ UH/ Unimed/ Caberj/ Assim

Documentação

Empresa: cópia do Contrato Social e suas alterações ou Requerimento do Empresário, com selo da Jucesp ou carimbo que fica no verso da página ou Certificado de Microempreendedor (MEI) ou Cadastro Específico do INSS (CEI) com tempo de constituição mínimo de 06 meses e documento de identificação com foto e assinatura do responsável pela empresa; enviar também a atual versão da Declaração de Autenticidade, com firma reconhecida em cartório; cópia do cartão CNPJ, guia quitada e relação do FGTS mais recente (somente quando a contratação do plano for para algum funcionário).

Importante: quando o contrato for assinado pelo procurador da empresa, deve-se apresentar procuração registrada em cartório que garanta "plenos poderes para administrar a empresa, firmar compromissos ou assinar contratos" e cópia do RG ou CNH do procurador.

Titular: cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde, comprovante de endereço, funcionário recém-contratado em até 30 dias deverá enviar cópia simples das três páginas da carteira de trabalho (foto, qualificação civil e registro).

Dependentes: Apresentar cópia de documentação para comprovar o grau de parentesco com o titular.

Cônjuge: Documento de identificação do beneficiário, junto com a Declaração de União Estável, Documento de identificação de filhos em comum ou certidão de casamento e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Filhos: Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove o nome do titular como pai/mãe e CNS-Cartão Nacional da Saúde

Enteados: Documento de identificação que comprove a filiação com o cônjuge do titular, CNS-Cartão Nacional da Saúde, junto com a documentação que comprova o parentesco do próprio cônjuge com o titular (vide item 1).

Pais: Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Irmãos: Certidão de nascimento, CNS-Cartão Nacional da Saúde ou documento de identificação que comprove os pais em comum com o titular.

Netos: Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do titular como avô (ó) ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais do beneficiário, comprovando que o beneficiário é filho do filho do titular e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Bisnetos: Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do filho do titular como avô (ó), junto com o documento do filho do titular ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, CNS-Cartão Nacional da Saúde junto com o documento de

identidade dos pais e dos avós do beneficiário, comprovando que o beneficiário é neto do filho do titular.

Avós: Documento de identificação do beneficiário, junto com a Certidão de nascimento do titular onde conste o nome dos avós ou documento de identificação dos pais do titular para comprovação do parentesco e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Tios: Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do titular, comprovando que o tio possui a mesma filiação dos pais do titular e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Sobrinhos: Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do beneficiário, onde conste a mesma filiação do titular, comprovando que o sobrinho é filho de irmão do titular e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Sogros: Documento de identificação que comprove a paternidade do cônjuge do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do próprio cônjuge (vide item 1) e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Genro e Nora: Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o filho (a) do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do próprio filho (a) e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Padrasto e Madrasta: Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o pai/mãe do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do pai/mãe e CNS-Cartão Nacional da Saúde

Cunhados e concunhados: Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o irmão (a) do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do irmãos e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Estagiários: cópia do RG e CPF e do contrato de estágio assinado e carimbado pela Instituição de ensino e pela empresa empregadora.

Entidades: Estatuto Social, ata da reunião vigente, lista de presença da assembleia, cópia de documento do responsável, e última guia, quitação e relação de FGTS para comprovação de vínculo dos funcionários.

Empresa com atividade rural: Cópia do CNPJ atual, DECA e INCRA (Certificado de Cadastro de Imóvel Rural)

Mais Informações

Taxa de Cadastro

R\$ 30,00 por contrato

Formação do Grupo

PME de 02 a 99 vidas

Mínimo de 01 titular com vínculo + 02 dependentes

Área de Comercialização

Plano Smart: Belford Roxo, Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimado, Rio de Janeiro e São João de Meriti

Plano Prime: Duque de Caxias, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Mesquita, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João do Meriti e Petrópolis

Tipo de Contratação

A contratação poderá ser Total ou Parcial.

A escolha de categoria de plano é livre para os titulares. Os dependentes não poderão escolher planos diferentes do Titular.

Composição

Titulares: Sócios, funcionários com vínculo (FGTS) e estagiários, aprendiz, até 67 anos 11 meses e 29 dias.

Dependentes diretos: Cônjuge ou companheiro (a), filhos naturais ou adotivos, enteados até 58 anos 11 meses e 29 dias e filhos inválidos sem limite de idade.

Dependentes Indiretos até o 3º grau de parentesco consanguíneo: Pai, mãe, irmãos, avós, netos, tios, sobrinhos e bisnetos, limitados a 67 anos 11 meses e 29 dias.

Dependentes Indiretos até o 2º grau de parentesco por afinidade do titular: Sogra, sogro, genro, nora, padraсто, madraста, cunhado (a) e concunhado (a), limitados a 67 anos 11 meses e 29 dias.

Estagiários: aceitação com contrato de intermediação entre a faculdade/empresa/estagiário.

Entidades: Agremiações, Associações, Clubes, Condomínios, Confederações, Cooperativas, Entidades Filantrópicas e Religiosas, Federações, Fundações, Sindicatos e ONGs: aceitação sujeita a análise para funcionários constante do FGTS.

Benefícios Opconais

Salutar 24hs – valor R\$ 10,00

Regras de Coparticipação

Procedimentos	Valores
Consulta eletiva	15 U\$
Consulta emergência – Pronto Socorro	20 U\$
Exames básicos	02 U\$
Exames especiais	25 U\$
Procedimentos básicos	10 U\$

Procedimentos especiais	25 U\$
Fisioterapia	03 U\$
Fonoaudiologia	10 U\$
Psicoterapia	10 U\$

U\$ = Unidade de serviço equivalente a R\$ 1,00.

Valores de Coparticipação serão cobrados na mensalidade seguinte.

Dados da Proposta

A Proposta Contratual, assim como os aditivos e todo e qualquer campo onde seja solicitada a assinatura do responsável pela empresa, deverá estar devidamente preenchida com assinatura exatamente igual ao Contrato Social do sócio ou proprietário da Empresa que estiver indicado na cláusula de ADM.

Obrigatório o preenchimento do campo da inscrição estadual ou municipal, e o e-mail da empresa;

A Ficha de Adesão com declaração de saúde e carta de orientação ao beneficiário que deverá ser assinada pelo Titular.

Todas as fichas de adesão deverão conter obrigatoriamente os nomes completos sem abreviações: do usuário, dos dependentes e da mãe.

O endereço da ficha de adesão deve ser o endereço residencial de cada titular. Não podendo ser o mesmo endereço da empresa.

Tabela para vidas acima de 59 anos

Se o número de beneficiários com idade superior a 68 anos ultrapassar o estipulado abaixo, desconsiderar esta tabela, e enviar a cotação para o seu gestor comercial.

Quantidade de beneficiários	Quantidade máxima de beneficiários entre 59 e 68 anos
De 02 a 05 vidas	01 beneficiários
De 06 a 10 vidas	02 beneficiários
De 11 a 20 vidas	03 beneficiários

De 21 a 29 vidas	04 beneficiários
De 30 a 39 vidas	Consultar o seu gestor
De 40 a 99 vidas	05 beneficiários

Regras Gerais

Titular: a assinatura do contrato de adesão deve ser exatamente igual ao documento entregue (RG ou CNH), é obrigatório informar também o número do telefone e e-mail do titular.

Obrigatório informar o número da Declaração de Nascido Vivo de todos os beneficiários (titulares ou dependentes) nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010.

Este número consta nas certidões de nascimento emitidas a partir desta data.

Empresa de segurança armada e motoboy: Não tem aceitação.

Nos processos a partir de 30 vidas será necessário preenchimento do layout e declaração de informações de saúde.

Empresas Coligadas (Mínimo de 30 vidas)

Com sócios em comum, tendo - no mínimo - 05 vidas.

Vigência/ Vencimento

O prazo máximo para recebimento da proposta pessoa jurídica será de 03 (três) dias a contar da data de assinatura da mesma.

Data de Assinatura	Dia de vigência	Vencimento
De 01 a 05	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês da vigência
De 06 a 10	Dia 25 do mês	Dia 25 do mês da vigência
De 11 a 15	Dia 30 do mês	Dia 30 do mês da vigência
De 16 a 20	Dia 05 do mês seguinte	Dia 05 do mês da vigência
De 21 a 25	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês da vigência

De 26 a 31	Dia 15 do mês seguinte	Dia 15 do mês da vigência
Movimentação Cadastral		
<p>Toda movimentação de inclusões (até no máximo 30 dias após a admissão), exclusões, alterações de dados, 2ª via de cartões e etc., deve ser tratada diretamente na operadora através da central de atendimento a empresa, observando que inclusão de dependentes só em caso de nascimento, casamento, adoção.</p>		

ATENÇÃO! Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas. As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.