



Proposta de Plano de Saúde (Adesão)

Primeiramente, agradecemos pelo seu contato.

Informamos que os custos e as condições abaixo são determinadas por suas respectivas operadoras.

Estamos apresentando proposta(s) da(s) operadora(s), **AMPLA SAÚDE - Sem Coparticipação (QUALICORP)** para sua apreciação.

Beneficiários

0 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	+ de 59 anos	Total
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1



AMPLA SAÚDE - Sem
Coparticipação
(QUALICORP)

UBES - União Brasileira dos Estudantes Secundaristas
Setembro 2025

Faixa Etária	AMPLA 300 (E)	AMPLA 300 (A)
0 a 18 anos	R\$ 466,39	R\$ 583,00
Total	R\$ 466,39	R\$ 583,00

O Grupo Qualicorp foi pioneiro na estruturação dos planos de saúde coletivos por adesão no Brasil, um modelo que reúne as pessoas em grupos a partir de sua profissão ou área de atuação, em parceria com entidades de classe. Com a escala dessa coletividade, a Qualicorp negocia junto às operadoras planos com condições especiais.

Elegibilidade / Documentação

	Quem pode aderir	Documentação Necessária
UBES	Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os estudantes matriculados nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, regulares e supletivos, públicos e privados, bem como cursos técnicos e pré-vestibulares do País associados à União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES).	Cópia da carteirinha de associação - UBES (recente) ou declaração em papel timbrado com a informação do CNPJ (impresso ou carimbo) da instituição de ensino para comprovar o vínculo retroativo no máximo a 6 meses ou o comprovante de pagamento da mensalidade quitado de no máximo dois meses. OBS: Escolas públicas podem não ter a informação do CNPJ ou cópia da mensalidade escolar (recente) ou cópia da matrícula ou carteirinha escolar (recente).

CARÊNCIA

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.

Condições para Redução de Carências

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

- 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";
- 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:

- Proponente oriundo de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais;
- Proponente oriundo de planos não regulamentados pela lei nº 9.656/98;
- Proponente advindo de operadora/seguradora não constantes na relação de Operadoras Congêneres, listadas a seguir;
- Proponente cuja data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de assinatura da proposta.

Relação de Operadoras Congêneres

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

*Para os beneficiários oriundos dos planos da Linha Black da Operadora MedSênior, poderão ser aplicadas as reduções constantes na Tabela 1 desde que possuam no plano anterior um período igual ou maior que 6 (seis) meses.

Documentação necessária

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 na "Declaração de Saúde" a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o solicitante 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.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Cônjuge

- Cópia do RG e cópia 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); Certidão de Nascimento de filhos em comum;
- Cópia do RG e cópia do CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(a) natural ou adotivo(a) até 74 anos, 11 meses e 29 dias

- 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) até 74 anos, 11 meses e 29 dias

– Titular casado:

- 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.

– Titular com 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); 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*

- 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.

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

Pai/Mãe

- Cópia do RG ou CNH do Titular;
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Cartão Nacional de Saúde.

Padrasto/Madrasta

- 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)

- 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)

- 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.

Tio(a)

- 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)

- Cópia da Certidão de Casamento do Titular; ou Escritura pública de união estável;
- Cartão Nacional de Saúde.

Sobrinho(a)

- 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

- Cópia da Certidão de Casamento; ou Escritura pública de união estável;
- Cartão Nacional de Saúde.

Neto(a)

- Cópia da Certidão de Nascimento do neto; ou RG ou CNH da mãe/pai do neto;
- Cartão Nacional de Saúde.

EXCEÇÃO PARA O PROJETO UBES

Caso o beneficiário titular tenha idade a partir de 12(doze) anos, poderá incluir como dependentes:

Irmão(ã) com idade de 12(doze) a 18(dezoito) anos incompletos

- Cópia do RG ou Certidão de Nascimento;
- Cópia do CPF;
- 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/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:

- a) Passaporte emitido no Brasil + CPF;
- b) RNE (Registro Nacional Estrangeiro) + CPF;

- c) RNM (Registro Nacional Migratório) + CPF;
- d) CNH (Carteira Nacional de Habilitação) + CPF;
- e) Carteira do Conselho Regional + CPF;
- f) Carteira da OAB (UF) + CPF;
- g) Carteira funcional + CPF;
- h) Print da Receita federal em substituição ao CPF; e
- i) Certidão de nascimento em substituição ao Registro Geral (RG).

VENCIMENTO

Vigência	Vencimento
1º	Todo dia 1º
10	Todo dia 10
20	Todo dia 20

ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Silva Jardim e Tanguá.

Rede Credenciada

AMPLA 300		
Hospitais (55)		
Niterói - Zona Central HOSPITAL ICARAÍ (NITERÓI) - H/ M/ PS Rio de Janeiro - Zona Central HOSPITAL CASA DE PORTUGAL - H/ PS OBRA PORTUGUESA DE ASSISTÊNCIA - H/ PS Niterói - Zona Sul CASA DE SAÚDE E MATER. SANTA MARTHA - H/ M/ PS CASA DE SAÚDE N.S. AUXILIADORA - H/ PS HOSPITAL DE CLÍNICAS DO INGÁ - H/ PS Rio de Janeiro - Zona Sul CASA DE SAÚDE PINHEIRO MACHADO. - H/ PS HOSPITAL RIO LARANJEIRAS. - H/ PS HOSPITAL SANTA LÚCIA - H/ M/ PS Rio de Janeiro - Zona Norte CASA DE SAÚDE SANTA THEREZINHA - H/ PS HOSP. DE IRAJÁ QUATRO AMIGOS - H/ PS HOSP. DE IRAJÁ QUATRO AMIGOS - H/ PS HOSPITAL BADIM - PS HOSPITAL BALBINO - H/ PS HOSPITAL CLÍNICA GRAJAÚ - H/ PS HOSPITAL EVANGÉLICO RJ - H HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN - H/ PS HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID - H/ M/ PS HOSPITAL PASTEUR - H/ M/ PS HOSPITAL PROCOR - H/ PS HOSPITAL SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS - H/ PS HOSPITAL SEMIU - H/ PS NORTECOR HOSPITAL DE CLÍNICAS - H/ PS	PROTOCOR. - H/ PS Rio de Janeiro - Zona Oeste HOSPITAL CASA SÃO BERNARDO - H/ PS HOSPITAL DE CLÍNICAS DE JACAREPAGUÁ. - H/ PS HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO (CAMPO GRANDE) - H/ M/ PS HOSPITAL SÃO MATHEUS - H/ M/ PS Niterói - Outras Regiões MATERNIDADE SÃO FRANCISCO - M/ PS São Gonçalo - Outras Regiões HOSPITAL E CLÍNICA SÃO GONÇALO. - H/ PS Duque de Caxias - Outras Regiões HOSPITAL DANIEL LIPP - H/ PS HOSPITAL DE CLÍNICAS MÁRIO LIONI - H/ PS São João de Meriti - Outras Regiões CASA DE SAÚDE E MATER. TEREZINHA DE JESUS - H/ M/ PS Magé - Outras Regiões CEMEP - CENTRO MÉDICO DE PIABETÁ. - PS Nova Iguaçu - Outras Regiões HOSPITAL GERAL PRONTONIL - H/ PS Mesquita - Outras Regiões HOSP. DAS CLÍNICAS DE NOVA IGUAÇU. - H/ PS Nilópolis - Outras Regiões HOSP E MATER DOMINGOS LOURENCO - M/ PS PRONIL HOSPITAL DE CLÍNICAS ANTÔNIO PAULINO - H/ PS Paracambi - Outras Regiões CASA DE SAÚDE NOSSA SRA DE PARACAMBI - H/ M/ PS Nova Friburgo - Outras Regiões HOSPITAL SERRANO - H/ PS	Cabo Frio - Outras Regiões CLINERP - PS CLÍNICA SANTA HELENA. - H/ PS Petrópolis - Interior HOSPITAL SANTA TERESA - H/ PS Petrópolis - Outras Regiões HOSPITAL SMH - SOCIEDADE MÉDICO HOSPITALAR - H/ PS HOSPITAL SMH - SOCIEDADE MÉDICO HOSPITALAR - PS Barra do Pirai - Outras Regiões HOSP. E MAT. MARIA NAZARE - H/ M Campos dos Goytacazes - Outras Regiões CLIN. LILIA NEVES - H/ M/ PS HOSPITAL DR. BEDA - H/ M/ PS Itaperuna - Outras Regiões HOSP. SÃO JOSÉ DO AVAL. - H/ PS Angra dos Reis - Zona Central HOSPITAL E MAT. CODRATO DE VILHENA - H/ M/ PS Angra dos Reis - Outras Regiões HOSP. DE PRAIA BRAVA - H/ M/ PS Rio das Ostras - Outras Regiões CLÍNICA MATER DEI - H/ PS Teresópolis - Outras Regiões HOSPITAL SÃO JOSE - H/ PS Volta Redonda - Outras Regiões HOSPITAL SANTA CECILIA - H/ PS VIVER MAIS HOSPITAL - H/ PS
Laboratórios (11)		
Rio de Janeiro - Zona Sul LAMINA - MEDICINA DIAGNÓSTICA - ZONA SUL Rio de Janeiro - Várias Regiões LABS A+ MEDICINA DIAGNÓSTICA - VÁRIAS REGIÕES Niterói - Outras Regiões LABS A+ MEDICINA DIAGNÓSTICA - NITERÓI Rio de Janeiro - Outras Regiões CLÍNICA LUIZ FELIPPE MATTOSO.	LAB SERGIO FRANCO. Duque de Caxias - Várias Regiões LAMINA Duque de Caxias - Outras Regiões LABS A+ MEDICINA DIAGNÓSTICA - DUQUE DE CAXIAS LUIZ FELIPPE MATTOSO SÉRGIO FRANCO - MEDICINA DIAGNÓSTICA - DUQUE DE CAXIAS	Nova Iguaçu - Outras Regiões SÉRGIO FRANCO - MEDICINA DIAGNÓSTICA - NOVA IGUAÇU Nilópolis - Outras Regiões SÉRGIO FRANCO - MEDICINA DIAGNÓSTICA - NILÓPOIS

Legendas
H - Internação Eletiva, M - Maternidade, PS - Pronto Socorro

-
1. Os valores acima são individuais para cada faixa etária, os totais incluem a soma de vidas por cada padrão.
 2. As carências apresentadas são as contratuais.
 3. No caso de possuir plano anterior, as operadoras estudam a redução das suas carências.

Atenciosamente,

Adriano santos

MARINS BENEFICIOS

<http://marinsbeneficios.com/>

adrianocarvalhonav@gmail.com

(21) 2483-0267 (WhatsApp) / (21) 99791-6447

Av. Dom Helder Camara, 5555 - SI 301

Cachambi - Rio de Janeiro / RJ - 20771-001

IMPORTANTE! As informações de preços, carências, redes, reembolsos, etc, contidas nesta tabela, podem sofrer alterações a qualquer momento. Esta ferramenta não tem o objetivo de substituir o material original de vendas e sim como apoio à vendas agilizando o trabalho do corretor.