

TABELA DE PREÇOS EMPRESARIAL

ANS - N° 423041
ANS - n° 368253



ATUALIZAÇÃO
2026 . JAN



Belo Horizonte



Quem pode aderir



ANS - nº 368253

ANS - Nº 423041

Sócios e Funcionários

Empresa

- Cartão CNPJ + Contrato Social + Inscrição Municipal ou Estadual + Comprovante de Endereço da Empresa

Sócios

- Documentação de Identificação + Comprovante de Endereço + Documentação de vínculo com a Empresa

Funcionários

- Documentação de Identificação + Comprovante de Endereço + Documentação de vínculo com a Empresa (Carteira de Trabalho Digital ou E-Social)

DEPENDENTE (Cônjuge ou Companheiros)

- Documentodeidentificação+Comprovante de vínculo com titular + Número do SUS

DEPENDENTE (Filhos Naturais, Adotivos, Curatelados, Enteados e Netos até 24 anos incompletos)

- Documento de identificação + Comprovante de vínculo com titular + Número do SUS

DEPENDENTE (Filhos Inválidos)

- Documentodeidentificação+Comprovante de vínculo com titular + Número do SUS



AMBULATORIAL

	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Faixa Etária	NOSSO PLANO	NOSSO PLANO
Registro ANS	490.086/21-3	490.086/21-3
Tabela	Tabela Médica	Tabela Médica
Acomodação	Enfermaria Ambulatorial	Ambulatorial
0 - 18	R\$ 79,49	R\$ 128,25
19 - 23	R\$ 89,03	R\$ 143,64
24 - 28	R\$ 99,71	R\$ 160,88
29 - 33	R\$ 114,67	R\$ 185,01
34 - 38	R\$ 131,87	R\$ 212,76
39 - 43	R\$ 156,93	R\$ 253,18
44 - 48	R\$ 196,16	R\$ 316,48
49 - 53	R\$ 245,20	R\$ 395,60
54 - 58	R\$ 416,84	R\$ 672,52
59 ou mais	R\$ 466,86	R\$ 753,22

O valor da tabela **combo** é referente a mensalidade de plano de saúde e não inclui o valor do plano odontológico

A taxa de implantação é cobrada somente na primeira mensalidade, o valor de R\$ 15,00 (quinze reais) por pessoa no contrato.

PLANO ODONTOLÓGICO
ODONTO PREMIUM
Registro ANS: 471904142
R\$ 24,41

Plano Odontológico Premium: rol da ANS.

*A tabela de preços não contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão.
 HAPVIDA ODONTO - R\$ 24,41- (COBERTURA DETALHADA NO CONTRATO DO PRODUTO).



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	
Faixa Etária	NOSSO PLANO		NOSSO PLANO	
Registro ANS	490.121/21-5	490.120/21-7	490.121/21-5	490.120/21-7
Tabela	Tabela Médica	Tabela Médica	Tabela Médica	Tabela Médica
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
0 - 18	R\$ 125,41	R\$ 162,61	R\$ 187,93	R\$ 243,90
19 - 23	R\$ 140,46	R\$ 182,12	R\$ 210,48	R\$ 273,17
24 - 28	R\$ 157,32	R\$ 203,97	R\$ 235,74	R\$ 305,95
29 - 33	R\$ 180,92	R\$ 234,57	R\$ 271,10	R\$ 351,84
34 - 38	R\$ 208,06	R\$ 269,76	R\$ 311,77	R\$ 404,62
39 - 43	R\$ 247,59	R\$ 321,01	R\$ 371,01	R\$ 481,50
44 - 48	R\$ 309,49	R\$ 401,26	R\$ 463,76	R\$ 601,88
49 - 53	R\$ 386,86	R\$ 501,58	R\$ 579,70	R\$ 752,35
54 - 58	R\$ 657,66	R\$ 852,69	R\$ 985,49	R\$ 1.279,00
59 ou mais	R\$ 736,58	R\$ 955,01	R\$ 1.103,75	R\$ 1.432,48

O valor da tabela **combo** é referente a mensalidade de plano de saúde e não inclui o valor do plano odontológico

A taxa de implantação é cobrada somente na primeira mensalidade,
 o valor de R\$ 15,00 (quinze reais) por pessoa no contrato.

PLANO ODONTOLÓGICO

ODONTO PREMIUM

Registro ANS: 471904142

R\$ 24,41

Plano Odontológico Premium: rol da ANS.

*A tabela de preços não contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão.
 HAPVIDA ODOTONTO - R\$ 24,41 - (COBERTURA DETALHADA NO CONTRATO DO PRODUTO).





Área de Comercialização



ANS - nº 368253



ANS - Nº 423041

Belo Horizonte, Contagem, Santa Luzia, Ibirité, Sabará, Nova Lima, São José da Lapa, Vespasiano, Betim, Sarzedo, Raposos, Ribeirão das Neves, Lagoa Santa, Rio Acima, Confins, São Joaquim de Bicas, Pedro Leopoldo, Mário Campos, Igarapé, Caeté, Juatuba, Matozinhos, Brumadinho, Taquaraçu de Minas, Esmeraldas, Itabirito, Moeda, Mateus Leme, Nova União.



Coparticipação

Procedimentos	COPARTICIPAÇÕES	
	Parcial	Total
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 43,63
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$61,82
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 51,52
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 125,93
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 78,87	Valor fixo R\$ 78,87
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 42,47	Valor fixo R\$ 42,47

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

INTERNAÇÃO PSIQUIATRA:

FICAM OS BENEFICIÁRIOS CIENTES QUE PARA TODO E QUALQUER PLANO DA OPERADORA QUE ENVOLVA COBERTURA HOSPITALAR, SERÁ PAGO PELO BENEFICIÁRIO, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO, O PERCENTUAL DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE O CUSTO DE TODAS AS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS, A PARTIR DO 31º (TRIGÉSIMO PRIMEIRO) DIA DE INTERNAÇÃO, ININTERRUPTOS OU NÃO, A CADA ANO DE CONTRATO E O MESMO TERÁ DIREITO A CONTINUIDADE DO TRATAMENTO, MEDIANTE A PAGAMENTO EM COPARTICIPAÇÃO, DA COBERTURA (DIA) EXCEDENTE EM PSIQUIATRIA, INCLUINDO VALORES GASTOS COM HONORÁRIOS MÉDICOS E DESPESAS HOSPITALARES.



Plano de Saúde

Procedimento	Contratual
Atendimentos de Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	24 horas
Exames Laboratoriais Simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC))	24 horas
Raio-X simples (Radiografia não contrastada)	30 dias
Eletrocardiograma (ECG)	30 dias
Exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional)	90 dias
Exames Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina	90 dias
Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA);	90 dias
Exames de Raio-X Contrastado;	90 dias
Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos);	90 dias
Mamografia Convencional e Densitometria Óssea	90 dias
Cirurgias ambulatoriais	180 dias
Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica;	180 dias
Internações em leitos de alta complexidade;	180 dias
Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia	180 dias
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);	180 dias
Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 dias
Parto a termo	300 dias

Cobertura Parcial Temporária

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) não se confunde com carência contratual.

Cobertura Parcial Temporária	Contratual
CPT	24 meses



a) Nos casos onde o(a) BENEFICIÁRIO(A) seja vinculado, há mais de 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 100% (cem por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões preexistentes, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE;

b) Nos casos onde o(a) BENEFICIÁRIO(A) seja vinculado, entre 180 (cento e oitenta) dias e 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 50% (cinquenta por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existent, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE;

c) Nos casos onde o(a) BENEFICIÁRIO(A) seja vinculado, entre 30 (trinta) dias e 179 (cento e setenta e nove) dias, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 30 (trinta) dias, devendo o(a) beneficiário(a) cumprir o prazo de carência restante de acordo com os prazos estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existent, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE e serão integralmente cumpridos pelo BENEFICIÁRIO.

Operadoras Participantes todas as praças:

Amil, Bradesco, CNU, Seguros Unimed, Smile, SulAmérica, Unimed's.

Plano Odontológico

Plano Odontológico Premium: rol da ANS, conforme carências abaixo.

Procedimento	Contratual
Atendimentos de Urgência e Emergência	24 horas
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações)	60 dias*
Demais casos	180 dias

*60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

A taxa de implantação é cobrada somente na primeira mensalidade, o valor de R\$ 15,00 (quinze reais) por pessoa no contrato.

EVENTOS COBERTOS E NÃO COBERTOS

Os benefícios cobrirão as despesas com serviços médico-hospitalares e odontológicos relacionados no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", instituído pela ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), observada a abrangência das condições gerais destes benefícios.

As coberturas excluídas do benefício de assistência à saúde e odontológicos são aquelas que não se incluem no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", da ANS, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas por este benefício, bem como as despesas não cobertas citadas na lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS, cuja relação está detalhada no Manual do Beneficiário.





Regra Aproveitamento de carências (continuação)



ANS - nº 368253



ANS - Nº 423041

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DE OUTRAS OPERADORAS

Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da **Operadora ou Administradora** do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário:

- 1.Nome completo do beneficiário;
- 2.Data de Nascimento;
- 3.CPF do beneficiário;
- 4.No de Registro da Operadora/Administradora;
- 5.No de Registro do Produto (ou código SCPA);
- 6.Segmentação do Produto e Acomodação;
- 7.Data de adesão do beneficiário;
- 8.Prazo de permanência ou data de cancelamento;
- 9.Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
- 10.Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, **no caso dos produtos Coletivos (Empresarial ou por Adesão);**
11. Aditivo Contratual Promocional De Aproveitamento De Tempo De Carência De Planos De Outras Operadoras Para Hapvida preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, **no caso dos produtos Individual/Familiar.**

OPERADORAS PARTICIPANTES

Amil, Bradesco, CNU, Seguros Unimed, Smile, Sulamerica e Unimed.

✓ Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação):

Apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS

✓ Na ausência de informações sobre adimplência:

Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.



Vigências

Vigência

Dia 01

Vencimento

Vencimento do boleto todo dia 10





Reajuste



ANS - nº 368253



ANS - Nº 423041

Mês base de reajuste anual: Fevereiro

- Independente 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.

- A aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária, independentemente das situações previstas.



Rede Credenciada

Confira a Rede Credenciada atualizada em:

<https://www.hapvida.com.br/site/rede-exclusiva>





Central de Atendimento: 0800 591 4636
www.unicorbeneficios.com.br

ANS - N° 423041

ANS - n° 368253

ANS n° 359017