

TABELA DE PREÇOS ADESÃO

ANS - Nº 423041

ANS - nº 368253



ATUALIZAÇÃO
2026 . MAI



Anápolis/ GO



Quem pode aderir



ASPROFI - ASSOCIACAO DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS DO BRASIL

Profissionais liberais e Empresários.

Documentação necessária:

- Profissional Liberal: Diploma OU Certificado de conclusão de curso OU Cópia da carteirinha de identidade profissional dentro da validade;
- Empresários: Cartão de CNPJ + Contrato Social OU Requerimento de Empresário OU Certificado de Micro Empreendedor Individual (MEI).

Taxa de Filiação:

- R\$ 7,00 mensais por titular.

CAEPP - Caixa de Assistência dos Estudantes de Escolas Públicas e Particulares

Estudante do ensino infantil, a partir de 5 anos (sendo os pais responsáveis pelos incapazes), fundamental, médio, superior presencial ou à distância, curso técnico presencial ou à distância e de cursos pré-vestibulares das redes públicas e privadas do Brasil.

Documentação necessária:

Ficha de filiação à entidade; e Documento comprobatório da matrícula do estudante em instituições reconhecidas pelo MEC; Instituição de ensino particular: Apresentar mensalidade (recente) quitada OU declaração (eletrônica ou em papel timbrado com CNPJ) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo); Instituição de ensino público: Apresentar declaração (eletrônica ou em papel timbrado) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo).

Taxa de filiação:

R\$ 7,00 mensais por titular.

MAIS COMERCARIOS | Associação dos Trabalhadores do Comércio do Brasil

Funcionários de empresas do comércio de bens e serviços

Documentação necessária:

- Contra cheque atual OU Contrato de trabalho.

Taxa de filiação:

- R\$ 7,00 mensais por titular.



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	487.817/20-5	487.817/20-5	Registro ANS	487.825/20-6	487.825/20-6
Tabela	Médica ¹	Médica ²	Tabela	Médica ¹	Médica ²
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 250,03	R\$ 251,13	0 - 18	R\$ 363,67	R\$ 364,74
19 - 23	R\$ 322,75	R\$ 331,49	19 - 23	R\$ 472,76	R\$ 481,48
24 - 28	R\$ 367,76	R\$ 381,21	24 - 28	R\$ 540,26	R\$ 553,69
29 - 33	R\$ 409,16	R\$ 426,95	29 - 33	R\$ 602,37	R\$ 620,14
34 - 38	R\$ 428,48	R\$ 448,31	34 - 38	R\$ 631,35	R\$ 651,14
39 - 43	R\$ 481,23	R\$ 506,58	39 - 43	R\$ 710,47	R\$ 735,80
44 - 48	R\$ 582,10	R\$ 618,04	44 - 48	R\$ 861,78	R\$ 897,67
49 - 53	R\$ 794,66	R\$ 852,89	49 - 53	R\$ 1.180,62	R\$ 1.238,78
54 - 58	R\$ 1.064,82	R\$ 1.151,41	54 - 58	R\$ 1.585,87	R\$ 1.672,35
59 ou mais	R\$ 1.377,46	R\$ 1.496,83	59 ou mais	R\$ 2.054,83	R\$ 2.174,07

*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\$ 22,73 - (COBERTURA DETALHADA NO CONTRATO DO PRODUTO).



Plano de Saúde Coletivo por Adesão

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO
 Administradora de Benefícios/Contratante: UniCor Benefícios
 Plano com segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.
 Todas as coberturas da Lei n. 9.656/98.

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	487.817/20-5	487.817/20-5	Registro ANS	487.825/20-6	487.825/20-6
Tabela	Médica ¹	Médica ²	Tabela	Médica ¹	Médica ²
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 328,28	R\$ 329,38	0 - 18	R\$ 481,05	R\$ 482,14
19 - 23	R\$ 426,05	R\$ 434,78	19 - 23	R\$ 627,70	R\$ 636,44
24 - 28	R\$ 486,56	R\$ 499,99	24 - 28	R\$ 718,45	R\$ 731,90
29 - 33	R\$ 542,21	R\$ 560,00	29 - 33	R\$ 801,94	R\$ 819,72
34 - 38	R\$ 568,19	R\$ 588,00	34 - 38	R\$ 840,90	R\$ 860,71
39 - 43	R\$ 639,10	R\$ 664,45	39 - 43	R\$ 947,26	R\$ 972,59
44 - 48	R\$ 774,69	R\$ 810,62	44 - 48	R\$ 1.150,66	R\$ 1.186,56
49 - 53	R\$ 1.060,44	R\$ 1.118,66	49 - 53	R\$ 1.579,26	R\$ 1.637,45
54 - 58	R\$ 1.423,64	R\$ 1.510,19	54 - 58	R\$ 2.124,06	R\$ 2.210,55
59 ou mais	R\$ 1.843,91	R\$ 1.963,25	59 ou mais	R\$ 2.754,45	R\$ 2.873,72



Vigências

Vigência	Vencimento
Dia 01	Vencimento do boleto todo dia 10
Dia 10	Vencimento do boleto todo dia 10
Dia 20	Vencimento do boleto todo dia 20

* 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\$ 22,73 - (COBERTURA DETALHADA NO CONTRATO DO PRODUTO).





Área de Comercialização

Goiás: Anápolis, Campo limpo de Goiás, Teresópolis de Goiás, Goianopolis, Ouro Verde de Goiás, Neropolis, Abadiânia.

ATENÇÃO: A Área de Atuação consta definida na Proposta de Contratação, de acordo com o produto contratualizado.



Coparticipação

Procedimentos	COPARTICIPAÇÕES	
	Parcial	Total
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 27,83
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 47,77
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 50,14
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 125,36
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 86,36	Valor fixo R\$ 86,36
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 26,58	Valor fixo R\$ 26,58

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.



Serviços/ Procedimentos	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



REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE OUTRAS OPERADORAS

Tempo de plano e redução de carências:

- Beneficiários com a partir de um ano na operadora de origem: Aproveitamento de 100% do tempo de adimplência;
- Beneficiários com 180 dias até 1 ano na operadora de origem: Será aproveitado 50% do tempo de adimplência;
- Beneficiários com 30 a 179 dias de adimplência na operadora de origem: Redução de 30 dias sobre as carências, observando a mesma segmentação de atendimento.

Obs.: Não é aproveitado carência de outras operadoras para parto, doenças preexistentes e Consultas /Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional). As regras deverão ser cumpridas em sua integralidade, de acordo com o estabelecido no contrato.

Obs.1: A regra do Aproveitamento para outras operadoras abrange somente beneficiários até 58 anos, conforme Normativa Interna da Operadora.

Obs.2: A regra dos 30 dias para se ter aproveitamento de carência também é para beneficiários vindo de outra Operadora, conforme Normativa Interna.

Obs.3: Ainda, conforme normativa, os trinta dias são contados do cancelamento a contratação do plano, e não digitação.

Obs.4: Para os casos de redução de carência, será necessário o preenchimento do TERMO DE CONCORDÂNCIA - REDUÇÃO DE CARÊNCIA DE CONTRATOS COLETIVOS.

REGRAS PARA APROVEITAMENTO ENTRE PLANOS DO GRUPO

- Estar cancelado no contrato anterior, em até 30 dias da data do cancelamento, considerando a data da digitação do novo plano na operadora;
- Aproveitamento de 100% da carência, incluindo parto e doenças e lesões pré-existentes;
- Estar adimplente junto à operadora, considerando o mês de competência da última fatura paga;
- Caso o produto não seja equivalente, o beneficiário deve cumprir os prazos de carência integrais para os novos benefícios integrantes do produto para o qual está migrando.

- O(A) BENEFICIÁRIO(A) reconhece que, por ser a redução de carência uma liberalidade da OPERADORA, o presente termo de concordância acerca da redução de carências somente vigorará após a análise e o aceite da documentação que comprova que ele atende aos requisitos pré- estabelecidos pela OPERADORA.

- Caso a documentação não seja aprovada pelo setor competente da OPERADORA, prevalecerão os prazos de carência previstos no pacto originalmente firmado com a CONTRATANTE, os quais deverão ser cumpridos integralmente pelo(a) BENEFICIÁRIO(A).

- As condições especiais aplicam-se exclusivamente aos beneficiários titulares com direito e aos dependentes, outrora BENEFICIÁRIOS, oriundos de outras operadoras de planos de saúde, que estejam adimplentes no plano de origem, levando-se em consideração o critério de pré pagamento.

-Cada beneficiário, titular com direito ou dependente, será considerado individualmente para fins de redução dos prazos de carência, objeto do presente instrumento de aditamento contratual.

-O(s) plano(s) de saúde, outrora firmado(s) com operadora(s) de planos de saúde diversa(s) da HAPVIDA, deverá(ão), obrigatoriamente, ter as seguintes características em relação à contratação aqui aditada:

- a) Segmentação assistencial equivalente ou inferior;
- b) Acomodação equivalente ou inferior.



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.

Plano Odontológico

Plano Odontológico Proteção Odontológica : urgência e emergência.

Para demais atendimentos, o pagamento deverá ser realizado diretamente ao dentista.

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





Inclusão de Dependentes

Para contratação pela Entidade Estudantil, deverá seguir as regras abaixo:

- Contratação a partir de 5 (cinco) anos de idade;
- Para menos de 17 (dezesete) anos de idade completos (17 anos, 11 meses e 29 dias), ficará facultada a inclusão como seus dependentes os pais (pai/mãe) e o(s) irmão(s),

A partir de 18 (dezoito) anos de idade, ficará facultada a inclusão como seus dependentes:

- O(a) Cônjuge ou Companheiro (a) do mesmo sexo ou do sexo oposto;
- Enteados(as), os filhos(as) naturais ou adotivos(as) solteiros(as) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias), ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;
- Filhos inválidos de qualquer idade;
- Tutelados (as) / curatelados (as), menor sob guarda com o respectivo termo de tutela e curatela ou guarda nos limites etários até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA.

Para demais entidades, segue a regra para inclusão de dependentes:

- Somente será aceito como dependente o cônjuge ou companheiro(a); filho(a) e enteado(a) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; pai; mãe, avô(ó); neto(a) irmão(ã); tio(a) sobrinho(a).



Reajuste

Mês base de reajuste anual: Junho

• 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 - Nº 423041

ANS - nº 368253