

TABELA DE PREÇOS ADESÃO

ANS - Nº 423041

ANS - nº 306253


UniCor
BENEFÍCIOS

ATUALIZAÇÃO
2026 . MAI

 **Hapvida**

Belo Horizonte/ MG



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.

SINORTE | Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal da Região Norte Metropolitana da Grande Belo Horizonte

Sindicato voltado para os trabalhadores do Serviço Público Municipal das cidades ao norte da região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo Baldim, Capim Branco, Conceição do Mato Dentro, Confins, Funilândia, Jaboticatubas, Lagoa Santa, Matozinhos, Pedro Leopoldo, Santa Luiza, São José da Lapa e Vespasiano.

Documentação necessária:

- Contracheque e Documento de filiação.

Taxa de filiação:

- R\$7,00 reais mensais por titular;
- Beneficiários já sindicalizados estão isentos da taxa.



AMBULATORIAL

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	490.173/21-8	490.173/21-8
Tabela	Médica ¹	Médica ²
	Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Ambulatorial	Ambulatorial
0 - 18	R\$ 93,36	R\$ 94,46
19 - 23	R\$ 122,37	R\$ 124,98
24 - 28	R\$ 139,23	R\$ 142,73
29 - 33	R\$ 155,12	R\$ 159,43
34 - 38	R\$ 163,14	R\$ 167,88
39 - 43	R\$ 182,93	R\$ 188,70
44 - 48	R\$ 223,30	R\$ 231,15
49 - 53	R\$ 308,98	R\$ 321,30
54 - 58	R\$ 415,89	R\$ 433,76
59 ou mais	R\$ 539,58	R\$ 563,89

* 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\$ 3,56 - (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

Todas as coberturas da Lei n. 9.656/98.

AMBULATORIAL

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	490.173/21-8	490.173/21-8
Tabela	Médica ¹	Médica ²
	Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Ambulatorial	Ambulatorial
0 - 18	R\$ 144,68	R\$ 145,78
19 - 23	R\$ 190,25	R\$ 192,88
24 - 28	R\$ 216,78	R\$ 220,26
29 - 33	R\$ 241,71	R\$ 246,03
34 - 38	R\$ 254,33	R\$ 259,06
39 - 43	R\$ 285,44	R\$ 291,20
44 - 48	R\$ 348,86	R\$ 356,70
49 - 53	R\$ 483,52	R\$ 495,83
54 - 58	R\$ 651,50	R\$ 669,37
59 ou mais	R\$ 845,88	R\$ 870,18

* 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\$ 3,56 - (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 COMPLETA

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	493.094/22/1	493.094/22/1	Registro ANS	490.180/21-1	490.180/21-1
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\$ 156,76	R\$157,86	0 - 18	R\$ 210,39	R\$211,48
19 - 23	R\$ 199,65	R\$208,37	19 - 23	R\$ 270,44	R\$279,15
24 - 28	R\$ 226,18	R\$239,62	24 - 28	R\$ 307,59	R\$321,02
29 - 33	R\$ 250,60	R\$268,37	29 - 33	R\$ 341,77	R\$359,54
34 - 38	R\$ 261,99	R\$281,78	34 - 38	R\$ 357,72	R\$377,53
39 - 43	R\$ 293,10	R\$318,42	39 - 43	R\$ 401,26	R\$426,60
44 - 48	R\$ 352,58	R\$388,46	44 - 48	R\$ 484,54	R\$520,46
49 - 53	R\$ 477,92	R\$536,08	49 - 53	R\$ 660,03	R\$718,22
54 - 58	R\$ 637,25	R\$723,71	54 - 58	R\$ 883,08	R\$969,60
59 ou mais	R\$ 821,60	R\$940,82	59 ou mais	R\$ 1.141,18	R\$1.260,48

* 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).



Tabela de Preços

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	493.094/22-1	493.094/22-1	Registro ANS	490.180/21-1	490.180/21-1
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\$ 224,34	R\$ 225,43	0 - 18	R\$ 305,00	R\$ 306,11
19 - 23	R\$ 288,86	R\$ 297,58	19 - 23	R\$ 395,33	R\$ 404,07
24 - 28	R\$ 328,78	R\$ 342,21	24 - 28	R\$ 451,22	R\$ 464,68
29 - 33	R\$ 365,50	R\$ 383,27	29 - 33	R\$ 502,65	R\$ 520,44
34 - 38	R\$ 382,64	R\$ 402,43	34 - 38	R\$ 526,64	R\$ 546,45
39 - 43	R\$ 429,44	R\$ 454,75	39 - 43	R\$ 592,14	R\$ 617,49
44 - 48	R\$ 518,92	R\$ 554,81	44 - 48	R\$ 717,41	R\$ 753,34
49 - 53	R\$ 707,47	R\$ 765,62	49 - 53	R\$ 981,38	R\$ 1.039,61
54 - 58	R\$ 947,12	R\$ 1.033,60	54 - 58	R\$ 1.316,90	R\$ 1.403,46
59 ou mais	R\$ 1.224,44	R\$ 1.343,68	59 ou mais	R\$ 1.705,16	R\$ 1.824,50



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

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.

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\$ 47,77
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 67,69
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 56,41
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 137,89
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 86,36	Valor fixo R\$ 86,36
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 47,77	Valor fixo R\$ 47,77

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



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, Aurora Saúde, Bradesco, CNU, Seguros Unimed, Smile, SulAmérica 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 (24 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 366253