

TABELA DE PREÇOS EMPRESARIAL



ANS - Nº 423041

ANS - Nº 348180



ATUALIZAÇÃO
2026 . FEV



RIO GRANDE DO SUL



Quem pode aderir

ANS - Nº 348180

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)

- Documento de identificação + 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)

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



Plano de Saúde Coletivo Empresarial

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

Administradora de Benefícios/Contratante: UniCor Benefícios

Plano com segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

Todas as coberturas da Lei n. 9.656/98.

ANS - Nº 348180

ANS - Nº 423041

AMBULATORIAL

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP AMBULATORIAL CAXIAS CE	
Registro ANS	497.385/23-2	497.385/23-2
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Ambulatorial	Ambulatorial
0 - 18	R\$ 102,62	R\$ 86,79
19 - 23	R\$ 102,62	R\$ 86,79
24 - 28	R\$ 102,62	R\$ 86,79
29 - 33	R\$ 102,62	R\$ 86,79
34 - 38	R\$ 102,62	R\$ 86,79
39 - 43	R\$ 102,62	R\$ 86,79
44 - 48	R\$ 251,21	R\$ 206,48
49 - 53	R\$ 251,22	R\$ 206,49
54 - 58	R\$ 251,22	R\$ 206,49
59 ou mais	R\$ 615,02	R\$ 499,52

Faixa Etária	CP AMBULATORIAL CAXIAS CE	
Registro ANS	497.385/23-2	497.385/23-2
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Ambulatorial	Ambulatorial
0 - 18	R\$ 112,54	R\$ 96,71
19 - 23	R\$ 112,54	R\$ 96,71
24 - 28	R\$ 112,54	R\$ 96,71
29 - 33	R\$ 112,54	R\$ 96,71
34 - 38	R\$ 112,54	R\$ 96,71
39 - 43	R\$ 112,54	R\$ 96,71
44 - 48	R\$ 275,50	R\$ 230,77
49 - 53	R\$ 275,51	R\$ 230,78
54 - 58	R\$ 275,51	R\$ 230,78
59 ou mais	R\$ 674,48	R\$ 559,00

* A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,13 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP VITAL CAXIAS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.386/23-1	497.386/23-1
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 122,35	R\$ 106,52
19 - 23	R\$ 129,70	R\$ 112,67
24 - 28	R\$ 142,67	R\$ 123,52
29 - 33	R\$ 161,22	R\$ 139,04
34 - 38	R\$ 185,42	R\$ 159,29
39 - 43	R\$ 231,78	R\$ 198,08
44 - 48	R\$ 298,97	R\$ 254,31
49 - 53	R\$ 400,63	R\$ 339,38
54 - 58	R\$ 540,88	R\$ 456,74
59 ou mais	R\$ 730,19	R\$ 615,15

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP VITAL CAXIAS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.386/23-1	497.386/23-1
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 134,64	R\$ 118,81
19 - 23	R\$ 142,73	R\$ 125,70
24 - 28	R\$ 157,00	R\$ 137,86
29 - 33	R\$ 177,41	R\$ 155,24
34 - 38	R\$ 204,04	R\$ 177,92
39 - 43	R\$ 255,05	R\$ 221,37
44 - 48	R\$ 328,99	R\$ 284,35
49 - 53	R\$ 440,86	R\$ 379,62
54 - 58	R\$ 595,19	R\$ 511,07
59 ou mais	R\$ 803,51	R\$ 688,49

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP VITAL CAXIAS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.387/23-9	497.387/23-9
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 147,95	R\$ 132,12
19 - 23	R\$ 156,84	R\$ 139,81
24 - 28	R\$ 172,53	R\$ 153,38
29 - 33	R\$ 194,97	R\$ 172,79
34 - 38	R\$ 224,20	R\$ 198,08
39 - 43	R\$ 280,24	R\$ 246,56
44 - 48	R\$ 361,48	R\$ 316,85
49 - 53	R\$ 484,43	R\$ 423,21
54 - 58	R\$ 653,98	R\$ 569,90
59 ou mais	R\$ 882,87	R\$ 767,91

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP VITAL CAXIAS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.387/23-9	497.387/23-9
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 163,31	R\$ 147,47
19 - 23	R\$ 173,12	R\$ 156,09
24 - 28	R\$ 190,43	R\$ 171,29
29 - 33	R\$ 215,21	R\$ 193,05
34 - 38	R\$ 247,48	R\$ 221,36
39 - 43	R\$ 309,34	R\$ 275,66
44 - 48	R\$ 399,02	R\$ 354,39
49 - 53	R\$ 534,74	R\$ 473,52
54 - 58	R\$ 721,90	R\$ 637,81
59 ou mais	R\$ 974,55	R\$ 859,60

*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,13 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



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

ANS - Nº 348180

ANS - Nº 423041

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP IDEAL RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.382/23-8	497.382/23-8
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 138,23	R\$ 122,40
19 - 23	R\$ 146,53	R\$ 129,50
24 - 28	R\$ 161,19	R\$ 142,04
29 - 33	R\$ 182,15	R\$ 159,97
34 - 38	R\$ 209,47	R\$ 183,35
39 - 43	R\$ 261,83	R\$ 228,16
44 - 48	R\$ 337,76	R\$ 293,12
49 - 53	R\$ 452,60	R\$ 391,38
54 - 58	R\$ 611,03	R\$ 526,93
59 ou mais	R\$ 824,91	R\$ 709,92

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP IDEAL RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.382/23-8	497.382/23-8
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 152,42	R\$ 136,59
19 - 23	R\$ 161,57	R\$ 144,54
24 - 28	R\$ 177,73	R\$ 158,59
29 - 33	R\$ 200,84	R\$ 178,67
34 - 38	R\$ 230,97	R\$ 204,85
39 - 43	R\$ 288,71	R\$ 255,02
44 - 48	R\$ 372,43	R\$ 327,78
49 - 53	R\$ 499,06	R\$ 437,83
54 - 58	R\$ 673,75	R\$ 589,63
59 ou mais	R\$ 909,57	R\$ 794,57

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP IDEAL RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.390/23-9	497.390/23-9
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 167,79	R\$ 151,96
19 - 23	R\$ 177,86	R\$ 160,83
24 - 28	R\$ 195,67	R\$ 176,52
29 - 33	R\$ 221,09	R\$ 198,91
34 - 38	R\$ 254,28	R\$ 228,15
39 - 43	R\$ 317,84	R\$ 284,15
44 - 48	R\$ 409,99	R\$ 365,33
49 - 53	R\$ 549,43	R\$ 488,17
54 - 58	R\$ 741,73	R\$ 657,59
59 ou mais	R\$ 1.001,33	R\$ 886,29

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP IDEAL RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.390/23-9	497.390/23-9
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 185,53	R\$ 169,71
19 - 23	R\$ 196,67	R\$ 179,64
24 - 28	R\$ 216,35	R\$ 197,21
29 - 33	R\$ 244,46	R\$ 222,29
34 - 38	R\$ 281,15	R\$ 255,04
39 - 43	R\$ 351,44	R\$ 317,76
44 - 48	R\$ 453,33	R\$ 408,68
49 - 53	R\$ 607,50	R\$ 546,27
54 - 58	R\$ 820,12	R\$ 736,02
59 ou mais	R\$ 1.107,16	R\$ 992,17

*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão.
 HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,13 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS SEM OBS QC CE	
Registro ANS	497.400/23-0	497.400/23-0
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 140,93	R\$ 125,10
19 - 23	R\$ 149,40	R\$ 132,37
24 - 28	R\$ 164,34	R\$ 145,19
29 - 33	R\$ 185,74	R\$ 163,55
34 - 38	R\$ 213,58	R\$ 187,45
39 - 43	R\$ 267,00	R\$ 233,30
44 - 48	R\$ 344,40	R\$ 299,74
49 - 53	R\$ 461,54	R\$ 400,28
54 - 58	R\$ 623,07	R\$ 538,93
59 ou mais	R\$ 841,15	R\$ 726,11

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS SEM OBS QC CE	
Registro ANS	497.400/23-0	497.400/23-0
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 155,44	R\$ 139,61
19 - 23	R\$ 164,78	R\$ 147,76
24 - 28	R\$ 181,26	R\$ 162,12
29 - 33	R\$ 204,86	R\$ 182,70
34 - 38	R\$ 235,57	R\$ 209,47
39 - 43	R\$ 294,49	R\$ 260,82
44 - 48	R\$ 379,85	R\$ 335,23
49 - 53	R\$ 509,04	R\$ 447,84
54 - 58	R\$ 687,20	R\$ 603,13
59 ou mais	R\$ 927,72	R\$ 812,79

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS SEM OBS QC CE	
Registro ANS	497.401/23-8	497.401/23-8
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 171,17	R\$ 155,34
19 - 23	R\$ 181,46	R\$ 164,43
24 - 28	R\$ 199,55	R\$ 180,41
29 - 33	R\$ 225,57	R\$ 203,39
34 - 38	R\$ 259,41	R\$ 233,28
39 - 43	R\$ 324,25	R\$ 290,57
44 - 48	R\$ 418,24	R\$ 373,60
49 - 53	R\$ 560,48	R\$ 499,25
54 - 58	R\$ 756,68	R\$ 672,57
59 ou mais	R\$ 1.021,49	R\$ 906,51

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS SEM OBS QC CE	
Registro ANS	497.401/23-8	497.401/23-8
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 189,32	R\$ 173,49
19 - 23	R\$ 200,70	R\$ 183,67
24 - 28	R\$ 220,71	R\$ 201,57
29 - 33	R\$ 249,48	R\$ 227,31
34 - 38	R\$ 286,91	R\$ 260,79
39 - 43	R\$ 358,63	R\$ 324,96
44 - 48	R\$ 462,58	R\$ 417,96
49 - 53	R\$ 619,90	R\$ 558,70
54 - 58	R\$ 836,90	R\$ 752,84
59 ou mais	R\$ 1.129,79	R\$ 1.014,86

*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,13 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



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

ANS - Nº 348180

ANS - Nº 423041

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.389/23-5	497.389/23-5
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 162,27	R\$ 146,44
19 - 23	R\$ 172,03	R\$ 154,99
24 - 28	R\$ 189,25	R\$ 170,09
29 - 33	R\$ 213,87	R\$ 191,68
34 - 38	R\$ 245,96	R\$ 219,82
39 - 43	R\$ 307,45	R\$ 273,74
44 - 48	R\$ 396,57	R\$ 351,89
49 - 53	R\$ 531,47	R\$ 470,19
54 - 58	R\$ 717,47	R\$ 633,29
59 ou mais	R\$ 968,61	R\$ 853,51

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.389/23-5	497.389/23-5
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 179,35	R\$ 163,52
19 - 23	R\$ 190,13	R\$ 173,10
24 - 28	R\$ 209,16	R\$ 190,02
29 - 33	R\$ 236,37	R\$ 214,20
34 - 38	R\$ 271,83	R\$ 245,72
39 - 43	R\$ 339,79	R\$ 306,12
44 - 48	R\$ 438,29	R\$ 393,67
49 - 53	R\$ 587,39	R\$ 526,19
54 - 58	R\$ 792,95	R\$ 708,89
59 ou mais	R\$ 1.070,50	R\$ 955,56

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.395/23-0	497.395/23-0
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 197,85	R\$ 182,02
19 - 23	R\$ 209,75	R\$ 192,72
24 - 28	R\$ 230,72	R\$ 211,58
29 - 33	R\$ 260,74	R\$ 238,57
34 - 38	R\$ 299,85	R\$ 273,74
39 - 43	R\$ 374,82	R\$ 341,15
44 - 48	R\$ 483,49	R\$ 438,86
49 - 53	R\$ 647,92	R\$ 586,71
54 - 58	R\$ 874,69	R\$ 790,62
59 ou mais	R\$ 1.180,81	R\$ 1.065,87

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	497.395/23-0	497.395/23-0
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 219,21	R\$ 203,38
19 - 23	R\$ 232,39	R\$ 215,36
24 - 28	R\$ 255,64	R\$ 236,48
29 - 33	R\$ 288,91	R\$ 266,71
34 - 38	R\$ 332,24	R\$ 306,10
39 - 43	R\$ 415,31	R\$ 381,60
44 - 48	R\$ 535,72	R\$ 491,03
49 - 53	R\$ 717,91	R\$ 656,62
54 - 58	R\$ 969,18	R\$ 884,99
59 ou mais	R\$ 1.308,38	R\$ 1.193,27

*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão.
 HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,13 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP PREMIUM NACIONAL LPR COM OBS QC CE	
Registro ANS	495.027/23-5	495.027/23-5
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 319,41	R\$ 303,58
19 - 23	R\$ 404,70	R\$ 383,54
24 - 28	R\$ 438,54	R\$ 415,26
29 - 33	R\$ 471,04	R\$ 445,74
34 - 38	R\$ 486,73	R\$ 460,45
39 - 43	R\$ 569,46	R\$ 538,01
44 - 48	R\$ 815,65	R\$ 768,82
49 - 53	R\$ 1.117,94	R\$ 1.052,21
54 - 58	R\$ 1.329,67	R\$ 1.250,71
59 ou mais	R\$ 1.912,35	R\$ 1.796,99

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP PREMIUM NACIONAL LPR COM OBS QC CE	
Registro ANS	495.027/23-5	495.027/23-5
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 355,35	R\$ 339,52
19 - 23	R\$ 450,24	R\$ 429,07
24 - 28	R\$ 487,88	R\$ 464,62
29 - 33	R\$ 524,04	R\$ 498,75
34 - 38	R\$ 541,50	R\$ 515,22
39 - 43	R\$ 633,54	R\$ 602,09
44 - 48	R\$ 907,44	R\$ 860,61
49 - 53	R\$ 1.243,73	R\$ 1.178,01
54 - 58	R\$ 1.479,29	R\$ 1.400,34
59 ou mais	R\$ 2.127,54	R\$ 2.012,18

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	495.025/23-9	495.025/23-9
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 394,28	R\$ 378,45
19 - 23	R\$ 499,57	R\$ 478,40
24 - 28	R\$ 541,32	R\$ 518,05
29 - 33	R\$ 581,43	R\$ 556,12
34 - 38	R\$ 600,78	R\$ 574,50
39 - 43	R\$ 702,92	R\$ 671,47
44 - 48	R\$ 1.006,81	R\$ 959,97
49 - 53	R\$ 1.379,91	R\$ 1.314,19
54 - 58	R\$ 1.641,28	R\$ 1.562,33
59 ou mais	R\$ 2.351,61	R\$ 2.236,70

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR RS COM OBS QC CE	
Registro ANS	495.025/23-9	495.025/23-9
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 439,20	R\$ 423,37
19 - 23	R\$ 556,48	R\$ 535,32
24 - 28	R\$ 603,00	R\$ 579,74
29 - 33	R\$ 647,68	R\$ 622,38
34 - 38	R\$ 669,24	R\$ 642,96
39 - 43	R\$ 783,02	R\$ 751,57
44 - 48	R\$ 1.121,54	R\$ 1.074,70
49 - 53	R\$ 1.537,16	R\$ 1.471,44
54 - 58	R\$ 1.828,31	R\$ 1.749,36
59 ou mais	R\$ 2.619,58	R\$ 2.504,68

*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,13 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



Grupo de Municípios	AMBULATORIAL E VITAL	Caxias do Sul (RS)
	IDEAL	Feliz (RS), Gramado (RS), São Sebastião do Caí (RS), Bento Gonçalves (RS), Bom Princípio (RS), Vacaria (RS), Flores da Cunha (RS), Garibaldi (RS), Antônio Prado (RS), Canela (RS), Caxias do Sul (RS), Farroupilha (RS), São Marcos (RS), Cambará do Sul (RS), Carlos Barbosa (RS), Nova Petrópolis (RS)
	SUPERIOR RS	Feliz (RS), Gramado (RS), Canoas (RS), Nova Petrópolis (RS), Novo Hamburgo (RS), São Sebastião do Caí (RS), Bento Gonçalves (RS), Bom Princípio (RS), Lajeado (RS), Porto Alegre (RS), Vacaria (RS), Flores da Cunha (RS), Garibaldi (RS), Guaíba (RS), Antônio Prado (RS), Canela (RS), Caxias do Sul (RS), Farroupilha (RS), São Marcos (RS), Sapucaia do Sul (RS), Cachoeirinha (RS), São Leopoldo (RS), Viamão (RS), Cambará do Sul (RS), Carlos Barbosa (RS), Esteio (RS), Gravataí (RS)
	PREMIUM NACIONAL	Todo o território brasileiro.



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





AMBULATORIAL E VITAL

COMPLETA/CP		BÁSICA/CPB	
Procedimentos	Coparticipação	Procedimentos	Coparticipação
Consultas eletivas	R\$40,00	Consultas eletivas	R\$40,00
Consultas de P.S / P.A	R\$40,00	Consultas de P.S / P.A	R\$40,00
Exames e Procedimentos Simples	25% com limitador de R\$ 20,00	Exames e Procedimentos Simples	ISENTO
Exames e Procedimentos	25% com limitador de R\$ 140,00	Exames e Procedimentos	ISENTO
Terapias Grupo 1	25% com limitador de R\$ 40,00	Terapias Grupo 1	ISENTO
Terapias Grupo 2	ISENTO	Terapias Grupo 2	ISENTO
Terapias Grupo 3	30% com limitador de R\$ 195,00	Terapias Grupo 3	30% com limitador de R\$ 120,00
Internações	R\$100,00	Internações	ISENTO

IDEAL, SUPERIOR, SUPERIOR R2 E PREMIUM NACIONAL

COMPLETA/CP		BÁSICA/CPB	
Procedimentos	Coparticipação	Procedimentos	Coparticipação
Consultas eletivas	R\$45,00	Consultas eletivas	R\$45,00
Consultas de P.S / P.A	R\$45,00	Consultas de P.S / P.A	R\$45,00
Exames e Procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 25,00	Exames e Procedimentos Simples	ISENTO
Exames e Procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 150,00	Exames e Procedimentos Especiais	ISENTO
Terapias Grupo 1	30% com limitador de R\$ 50,00	Terapias Grupo 1	ISENTO
Terapias Grupo 2	ISENTO	Terapias Grupo 2	ISENTO
Terapias Grupo 3	40% com limitador de R\$ 150,00	Terapias Grupo 3	40% com limitador de R\$ 150,00
Internações	R\$100,00	Internações	ISENTO



NACIONAL
COMPLETA/CP

Procedimentos	Coparticipação
Consultas eletivas	R\$60,00
Consultas de P.S / P.A	R\$60,00
Exames e Procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 25,00
Exames e Procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 150,00
Terapias Grupo 1	30% com limitador de R\$ 50,00
Terapias Grupo 2	ISENTO
Terapias Grupo 3	40% com limitador de R\$ 150,00
Internações	R\$100,00

BÁSICA/CPB

Procedimentos	Coparticipação
Consultas eletivas	R\$60,00
Consultas de P.S / P.A	R\$60,00
Exames e Procedimentos Simples	ISENTO
Exames e Procedimentos Especiais	ISENTO
Terapias Grupo 1	ISENTO
Terapias Grupo 2	ISENTO
Terapias Grupo 3	40% com limitador de R\$ 150,00
Internações	ISENTO

Os valores/limitadores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.
O limitador do Grupo é por procedimento.



Plano de Saúde

Serviços/ Procedimentos	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 1.0M	PRC 3.0M	PRC 6.0M	PRC 6.0M
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO
CONSULTAS ELETIVA	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES (Exames de Análises Clínicas, comuns de Sangue - hemograma, Sódio, Potássio, etc; Exames comuns de Urina)	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (Endoscopia Digestiva Alta; Ressonância Magnética; PET CT; Cintilografia; EcoDoppler; Ecocardiograma; Punções guiadas por agulha para retirada de corpo estranho; Gastrostomia Endoscópica; Ecoendoscopia ou Ultrassonografia Endoscópica)	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	ZERO
TERAPIAS GRUPO 1 (Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias
TERAPIAS GRUPO 2 (Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias)	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
TERAPIAS GRUPO 3 (Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição e também os Métodos Especiais.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Procedimentos internação 1	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias
Procedimentos internação 2	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Procedimentos internação 3 / Partos a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

Cobertura Parcial Temporária

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Na hipótese de verificação de Doenças ou Lesões Pré-existentes será aplicada Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo período ininterrupto de 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, com 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.



PRC 1.0 M - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, sem histórico de plano de saúde anterior nesta operadora ou em outra, ou com histórico de contratação de plano anterior nesta operadora ou em outra operadora, com permanência inferior a 03 (três) meses.

PRC 3.0 M - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência entre 3 (três) e 6 (seis) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

PRC 6.0 M - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência entre 6 (seis) e 11 (onze) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

PRC 12.0 M - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência mínima de 12 (doze) meses em plano de saúde, em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

Plano Odontológico

O plano odontológico abarca exclusivamente a cobertura odontológica de urgência e emergência prevista no Rol de Procedimentos e Eventos Odontológicos editado pela ANS, a saber:

- a. consulta inicial;
- b. curativo em caso de hemorragia bucal;
- c. curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- d. imobilização dentária temporária;
- e. recimentação de peça protética;
- f. tratamento de alveolite;
- g. colagem de fragmentos;
- h. incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- i. incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- j. reimplante de dente avulsionado;
- k. orientação de higiene bucal;
- l. evidenciação de placa bacteriana;
- m. aplicação tópica de flúor.

Caso seja de interesse do beneficiário a realização de atendimento odontológicos não elencados na cobertura acima mencionada, a sua realização poderá ocorrer mediante o pagamento dos valores disciplinados na tabela divulgada pela Humana Saúde, portal <https://www.humana.saude.com.br/>, e que serão posteriormente cobrados na mensalidades de seus plano odontológico.





Regras para Inclusão de Dependentes

- O(a) cônjuge, o(a) companheiro, em União estável, sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial;
- O(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável;
- O(s) filho(s), o(s) enteado(s) e tutelados até 58 anos;
- O(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s);
- O(s) neto(s) até 58 anos;
- O(s) sobrinho(s) até 58 anos;
- O(s) irmão(s) até 58 anos.



Reajuste

Mês base de reajuste anual: Março.

• 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.





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

ANS - Nº 423041

ANS - Nº 348180