



# TABELA DE PREÇOS

## COLETIVO POR ADESÃO



Entidades



Preços



Abrangência



Coparticipação



Vigências



Carências



Dependentes



Reajuste



## 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.

### CAEEPP - 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. Os titulares até 17 anos, 11 meses e 29 dias, podem incluir os pais e irmãos como dependentes.

**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

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	495.843.23-8	495.843.23-8	Registro ANS	495.843.23-8	495.843.23-8
Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Ambulatorial	Ambulatorial	Acomodação	Ambulatorial	Ambulatorial
0 - 18	R\$ 149,06	R\$ 150,06	0 - 18	R\$ 185,53	R\$ 186,53
19 - 23	R\$ 196,16	R\$ 198,53	19 - 23	R\$ 244,40	R\$ 246,78
24 - 28	R\$ 223,54	R\$ 226,72	24 - 28	R\$ 278,64	R\$ 281,82
29 - 33	R\$ 249,31	R\$ 253,25	29 - 33	R\$ 310,86	R\$ 314,79
34 - 38	R\$ 262,35	R\$ 266,67	34 - 38	R\$ 327,16	R\$ 331,47
39 - 43	R\$ 294,48	R\$ 299,74	39 - 43	R\$ 367,33	R\$ 372,57
44 - 48	R\$ 360,01	R\$ 367,18	44 - 48	R\$ 449,25	R\$ 456,40
49 - 53	R\$ 499,14	R\$ 510,38	49 - 53	R\$ 623,19	R\$ 634,40
54 - 58	R\$ 672,70	R\$ 689,01	54 - 58	R\$ 840,17	R\$ 856,44
59 ou mais	R\$ 873,53	R\$ 895,71	59 ou mais	R\$ 1.091,24	R\$ 1.113,37

\*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\$ 3,26 - (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 sem obstetrícia.  
Todas as coberturas da Lei n. 9.656/98.



ANS - n.º 34078-2



ANS - N.º 423041

### AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	49587423-8	49587423-8	Registro ANS	49587823-1	49587823-1
Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 182,76	R\$ 183,76	0 - 18	R\$ 263,77	R\$ 264,77
19 - 23	R\$ 234,61	R\$ 242,56	19 - 23	R\$ 341,53	R\$ 349,50
24 - 28	R\$ 266,68	R\$ 278,94	24 - 28	R\$ 389,65	R\$ 401,93
29 - 33	R\$ 296,18	R\$ 312,41	29 - 33	R\$ 433,91	R\$ 450,16
34 - 38	R\$ 309,96	R\$ 328,03	34 - 38	R\$ 454,57	R\$ 472,67
39 - 43	R\$ 347,56	R\$ 370,67	39 - 43	R\$ 510,97	R\$ 534,12
44 - 48	R\$ 419,45	R\$ 452,22	44 - 48	R\$ 618,82	R\$ 651,63
49 - 53	R\$ 570,97	R\$ 624,06	49 - 53	R\$ 846,08	R\$ 899,25
54 - 58	R\$ 763,52	R\$ 842,48	54 - 58	R\$ 1.134,93	R\$ 1.213,99
59 ou mais	R\$ 986,36	R\$ 1.095,22	59 ou mais	R\$ 1.469,19	R\$ 1.578,19



### 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\$ 20,76 - (COBERTURA DETALHADA NO CONTRATO DO PRODUTO).



### AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	495.882/23-9	495.882/23-9	Registro ANS	495.883/23-7	495.883/23-7
Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 223,26	R\$ 224,26	0 - 18	R\$ 324,51	R\$ 325,51
19 - 23	R\$ 288,07	R\$ 296,02	19 - 23	R\$ 421,72	R\$ 429,67
24 - 28	R\$ 328,14	R\$ 340,42	24 - 28	R\$ 481,86	R\$ 494,12
29 - 33	R\$ 365,02	R\$ 381,27	29 - 33	R\$ 537,19	R\$ 553,41
34 - 38	R\$ 382,24	R\$ 400,33	34 - 38	R\$ 563,01	R\$ 581,08
39 - 43	R\$ 429,22	R\$ 452,37	39 - 43	R\$ 633,50	R\$ 656,62
44 - 48	R\$ 519,07	R\$ 551,89	44 - 48	R\$ 768,31	R\$ 801,08
49 - 53	R\$ 708,43	R\$ 761,61	49 - 53	R\$ 1.052,37	R\$ 1.105,49
54 - 58	R\$ 949,08	R\$ 1.028,17	54 - 58	R\$ 1.413,44	R\$ 1.492,41
59 ou mais	R\$ 1.227,56	R\$ 1.336,62	59 ou mais	R\$ 1.831,24	R\$ 1.940,13



### 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\$ 20,76 - (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 sem obstetrícia.  
Todas as coberturas da Lei n. 9.656/98.



ANS - n.º 34078-2



ANS - Nº 423041

### AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	49587423-8	49587423-8	Registro ANS	49587823-1	49587823-1
Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>
	Com odont	Sem odont		Com odont	Sem odont
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 223,27	R\$ 224,27	0 - 18	R\$ 324,52	R\$ 325,52
19 - 23	R\$ 288,08	R\$ 296,04	19 - 23	R\$ 421,73	R\$ 429,69
24 - 28	R\$ 328,17	R\$ 340,45	24 - 28	R\$ 481,87	R\$ 494,14
29 - 33	R\$ 365,06	R\$ 381,30	29 - 33	R\$ 537,20	R\$ 553,44
34 - 38	R\$ 382,28	R\$ 400,37	34 - 38	R\$ 563,02	R\$ 581,11
39 - 43	R\$ 429,28	R\$ 452,42	39 - 43	R\$ 633,52	R\$ 656,65
44 - 48	R\$ 519,15	R\$ 551,95	44 - 48	R\$ 768,32	R\$ 801,11
49 - 53	R\$ 708,54	R\$ 761,69	49 - 53	R\$ 1.052,40	R\$ 1.105,53
54 - 58	R\$ 949,26	R\$ 1.028,28	54 - 58	R\$ 1.413,47	R\$ 1.492,47
59 ou mais	R\$ 1.227,81	R\$ 1.336,76	59 ou mais	R\$ 1.831,29	R\$ 1.940,21



### 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\$ 20,76 - (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.



ANS - n.º 34078-2



ANS - N.º 423041

### AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	NOSSO PLANO		Faixa Etária	NOSSO PLANO	
Registro ANS	495.882/23-9	495.882/23-9	Registro ANS	495.883/23-7	495.883/23-7
Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 273,89	R\$ 274,89	0 - 18	R\$ 400,45	R\$ 401,45
19 - 23	R\$ 354,88	R\$ 362,85	19 - 23	R\$ 521,96	R\$ 529,91
24 - 28	R\$ 405,00	R\$ 417,28	24 - 28	R\$ 597,14	R\$ 609,40
29 - 33	R\$ 472,63	R\$ 467,35	29 - 33	R\$ 666,30	R\$ 682,53
34 - 38	R\$ 472,63	R\$ 490,72	34 - 38	R\$ 786,69	R\$ 716,66
39 - 43	R\$ 531,37	R\$ 554,51	39 - 43	R\$ 786,69	R\$ 809,83
44 - 48	R\$ 643,71	R\$ 676,50	44 - 48	R\$ 955,19	R\$ 987,99
49 - 53	R\$ 880,42	R\$ 933,57	49 - 53	R\$ 1.310,27	R\$ 1.363,43
54 - 58	R\$ 1.181,31	R\$ 1.260,32	54 - 58	R\$ 1.761,60	R\$ 1.840,63
59 ou mais	R\$ 1.529,47	R\$ 1.638,42	59 ou mais	R\$ 2.283,86	R\$ 2.392,82



### 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\$ 20,76 - (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.



ANS - n.º 34078-2



ANS - N.º 423041

### AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	PLENO		Faixa Etária	PLENO	
Registro ANS	495.881/23-1	495.881/23-1	Registro ANS	495.877/23-2	495.877/23-2
Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 304,28	R\$ 305,28	0 - 18	R\$ 446,02	R\$ 447,02
19 - 23	R\$ 394,99	R\$ 402,97	19 - 23	R\$ 582,12	R\$ 590,07
24 - 28	R\$ 451,13	R\$ 463,42	24 - 28	R\$ 666,31	R\$ 678,58
29 - 33	R\$ 502,78	R\$ 519,03	29 - 33	R\$ 743,77	R\$ 760,01
34 - 38	R\$ 526,88	R\$ 544,98	34 - 38	R\$ 779,93	R\$ 798,01
39 - 43	R\$ 592,69	R\$ 615,83	39 - 43	R\$ 878,61	R\$ 901,75
44 - 48	R\$ 718,50	R\$ 751,31	44 - 48	R\$ 1.067,34	R\$ 1.100,14
49 - 53	R\$ 983,64	R\$ 1.036,81	49 - 53	R\$ 1.465,05	R\$ 1.518,19
54 - 58	R\$ 1.320,65	R\$ 1.399,69	54 - 58	R\$ 1.970,55	R\$ 2.049,56
59 ou mais	R\$ 1.710,61	R\$ 1.819,60	59 ou mais	R\$ 2.555,48	R\$ 2.664,43



### 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\$ 20,76 - (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.



ANS - n.º 34078-2



ANS - N.º 423041

### AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

#### TABELA COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	PLENO		Faixa Etária	PLENO	
Registro ANS	495.881/23-1	495.881/23-1	Registro ANS	495.877/23-2	495.877/23-2
Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	Tabela	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>
	Com odonto	Sem odonto		Com odonto	Sem odonto
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Acomodação	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 375,15	R\$ 376,15	0 - 18	R\$ 552,34	R\$ 553,34
19 - 23	R\$ 488,56	R\$ 496,52	19 - 23	R\$ 722,44	R\$ 730,41
24 - 28	R\$ 558,73	R\$ 571,00	24 - 28	R\$ 827,69	R\$ 839,97
29 - 33	R\$ 623,29	R\$ 639,52	29 - 33	R\$ 924,52	R\$ 940,77
34 - 38	R\$ 653,42	R\$ 671,50	34 - 38	R\$ 969,71	R\$ 987,81
39 - 43	R\$ 735,66	R\$ 758,80	39 - 43	R\$ 1.093,08	R\$ 1.116,23
44 - 48	R\$ 892,94	R\$ 925,74	44 - 48	R\$ 1.328,99	R\$ 1.361,80
49 - 53	R\$ 1.224,36	R\$ 1.277,52	49 - 53	R\$ 1.826,11	R\$ 1.879,28
54 - 58	R\$ 1.645,62	R\$ 1.724,65	54 - 58	R\$ 2.457,99	R\$ 2.537,03
59 ou mais	R\$ 2.133,09	R\$ 2.242,05	59 ou mais	R\$ 3.189,15	R\$ 3.298,14



### 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\$ 20,76 - (COBERTURA DETALHADA NO CONTRATO DO PRODUTO).





## Área de Comercialização



### Grupo de Municípios

#### NOSSO PLANO

Rede Própria

#### PLENO

Rede Ampla

Balneário Camboriú, Camboriú, Itajaí, Navegantes, Itapema, Bombinhas, Porto Belo, Ilhota, Penha, Balneário Piçarras, Tijucas.



## Coparticipação

Procedimentos	COPARTICIPAÇÃO NOSSO PLANO AMBULATORIAL	
	PARCIAL	TOTAL
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	Limitado a R\$ 116,60
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33

Procedimentos	COPARTICIPAÇÃO NOSSO PLANO E PLENO	
	PARCIAL	TOTAL
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	Limitado a R\$ 116,60
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

**Internação Psiquiátrica:** a partir do 31º dia de internação psiquiátrica (contínua ou não), será cobrado 50% do custo total, considerando cada ano de vigência do contrato.



## 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

**Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)** são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor, 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.

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-existentes, 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-existentes, 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 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





## Regras para 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 e irmãos,

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;
- Enteado(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://portal-beneficiario.clinipam.com.br/>

A rede pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS.

A Rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.





Central de Atendimento: (31) 3207.1661  
[www.unicorbeneficios.com.br](http://www.unicorbeneficios.com.br)