



# TABELA DE PREÇOS

## COLETIVO EMPRESARIAL



Preços



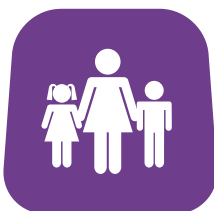
Abrangência



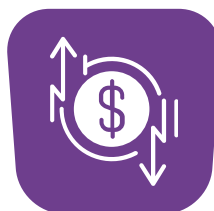
Vigências



Carências



Dependentes



Reajuste



Rede Credenciada



## 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)

- 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



### AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

#### COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

#### COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	NOSSO PLANO		NOSSO PLANO	
Registro ANS	487.815/20-9	487.823/20-0	487.815/20-9	487.823/20-0
Tabela	Tabela Médica	Tabela Médica	Tabela Médica	Tabela Médica
Acomodaç	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
0 - 18	R\$ 165,00	R\$ 213,99	R\$ 220,27	R\$ 285,84
19 - 23	R\$ 184,80	R\$ 239,67	R\$ 246,70	R\$ 320,15
24 - 28	R\$ 206,98	R\$ 268,43	R\$ 276,30	R\$ 358,56
29 - 33	R\$ 238,02	R\$ 308,70	R\$ 317,74	R\$ 412,35
34 - 38	R\$ 273,72	R\$ 355,01	R\$ 365,40	R\$ 474,20
39 - 43	R\$ 325,73	R\$ 422,46	R\$ 434,83	R\$ 564,30
44 - 48	R\$ 407,17	R\$ 528,08	R\$ 543,53	R\$ 705,38
49 - 53	R\$ 508,97	R\$ 660,09	R\$ 679,41	R\$ 881,73
54 - 58	R\$ 865,24	R\$ 1.122,16	R\$ 1.155,00	R\$ 1.498,94
59 ou mais	R\$ 969,07	R\$ 1.256,82	R\$ 1.293,60	R\$ 1.678,81

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\$ 22,61

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\$22,61 - (COBERTURA DETALHADA NO CONTRATO DO PRODUTO).





## Área de Comercialização



ANS - nº 368253



ANS - Nº 423041

Goiás: Goiânia, Aparecida De Goiânia, Araçu, Senador de Canedo, Abadia de Goiás, Trindade, Santo Antônio de Goiás, Goianira, Aragoiânia, Nerópolis, Guapó, Goianápolis.



## Coparticipação

Procedimentos	COPARTICIPAÇÕES	
	Parcial	Total
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 23,53
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 40,39
Exames Simples	-	Limitado a R\$ 42,40
Exames Complexos	-	Limitado a R\$ 106,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 22,47	Valor fixo R\$ 22,47

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-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 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.



## 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: 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: (31) 3207.1661  
[www.unicorbeneficios.com.br](http://www.unicorbeneficios.com.br)

ANS - Nº 423041

ANS - nº 368253