



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

	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Faixa Etária	NOSSO PLANO	NOSSO PLANO
Registro ANS	485.918/20-9	485.918/20-9
Tabela	Tabela Médica	Tabela Médica
Acomodação	Ambulatorial	Ambulatorial
0 - 18	R\$ 125,79	R\$ 192,44
19 - 23	R\$ 144,66	R\$ 221,31
24 - 28	R\$ 166,36	R\$ 254,51
29 - 33	R\$ 191,32	R\$ 292,69
34 - 38	R\$ 220,02	R\$ 336,59
39 - 43	R\$ 253,02	R\$ 387,07
44 - 48	R\$ 308,68	R\$ 472,23
49 - 53	R\$ 401,28	R\$ 613,89
54 - 58	R\$ 521,66	R\$ 798,06
59 ou mais	R\$ 754,58	R\$ 1.154,40

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).



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Faixa Etária	NOSSO PLANO		NOSSO PLANO	
Registro ANS	493.818/22-6	487.730/20-6	493.818/22-6	487.730/20-6
Tabela	Tabela Médica	Tabela Médica	Tabela Médica	Tabela Médica
Acomodaç	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
0 - 18	R\$ 155,91	R\$ 210,01	R\$ 230,99	R\$ 311,37
19 - 23	R\$ 174,63	R\$ 235,21	R\$ 258,71	R\$ 348,73
24 - 28	R\$ 195,58	R\$ 263,43	R\$ 289,76	R\$ 390,57
29 - 33	R\$ 224,92	R\$ 302,95	R\$ 333,22	R\$ 449,16
34 - 38	R\$ 258,66	R\$ 348,39	R\$ 383,20	R\$ 516,54
39 - 43	R\$ 307,80	R\$ 414,58	R\$ 456,00	R\$ 614,68
44 - 48	R\$ 384,75	R\$ 518,23	R\$ 570,00	R\$ 768,35
49 - 53	R\$ 480,94	R\$ 647,79	R\$ 712,51	R\$ 960,44
54 - 58	R\$ 817,60	R\$ 1.101,24	R\$ 1.211,27	R\$ 1.632,74
59 ou mais	R\$ 915,72	R\$ 1.233,39	R\$ 1.356,62	R\$ 1.828,67

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

Minas Gerais: Uberlândia



Coparticipação

Procedimentos	COPARTICIPAÇÕES	
	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 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

ANS - Nº 423041

ANS - nº 368253

ANS nº 359017