



CREDENCIAMENTO 001/2026

Manual de contratação

Planos de Saúde e Odontológico

Prefeitura de Belo Horizonte

O QUE VOCÊ PRECISA?



Simular e contratar

Escolha o plano e veja o valor com o subsídio



Ver meu boleto

Segunda via e pagamentos



Tabela de subsídios

Valores por faixa salarial e idade (PDF)



Perguntas frequentes

Adesão, carência, boleto, cancelamento



Falar com o atendimento

WhatsApp, telefone e e-mail



ONDE COMEÇAR



> ACESSO E SUPORTE

Tudo o que você precisa, em um só lugar.

SITE PARA CONTRATAÇÃO

pbh.gov.br/planodesaude



CANAIS DE CONTATO DA GESTORA

- 01 WhatsApp
(31) 2391-0963
- 02 Central de atendimento
(31) 3995-0251
- 03 Atendimento presencial
Rua São Paulo, 638, sala 1.240
Centro · Belo Horizonte/MG
- 04 Horário
Segunda a sexta, das 8h às 18h

Encontre o plano que acompanha o seu momento.

Compare as opções disponíveis e
escolha a cobertura mais adequada
para você e sua família.

01 PLANO DE SAÚDE

Unimed
Belo Horizonte

ANS - nº 34.388-9

02 PLANOS ODONTOLÓGICOS

 **DENTALUNI**
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

ANS - nº 30.448-4

 **odontogroup**

ANS - nº 38.985-4

 **odontoprev**

ANS - nº 30.194-9

 **PrimaVida**
dental

ANS - nº 41.652-6

planos odontológicos
sempreodonto

ANS - nº 41.465-4

 **Unimed**
ODONTO

ANS - nº 41.680-1

Fluxo da contratação

Uma jornada digital, simples e segura.

1

Acesse o Portal

pbh.gov.br/planodesaude

2

Cadastre sua Senha

Para Servidores que já possuem senha de acesso, fazer o login e seguir para o próximo passo

3

Inclua Dependentes

Para servidores que já possuem cadastrado seus dependentes e não desejam alterar, seguir para o próximo passo

4

Plano de Saúde

Mantenha o plano atual, com novos valores ou faça alteração do plano de saúde

5

Plano Odontológico

Simule as opções disponíveis e contrate o plano odontológico ideal para você e sua família

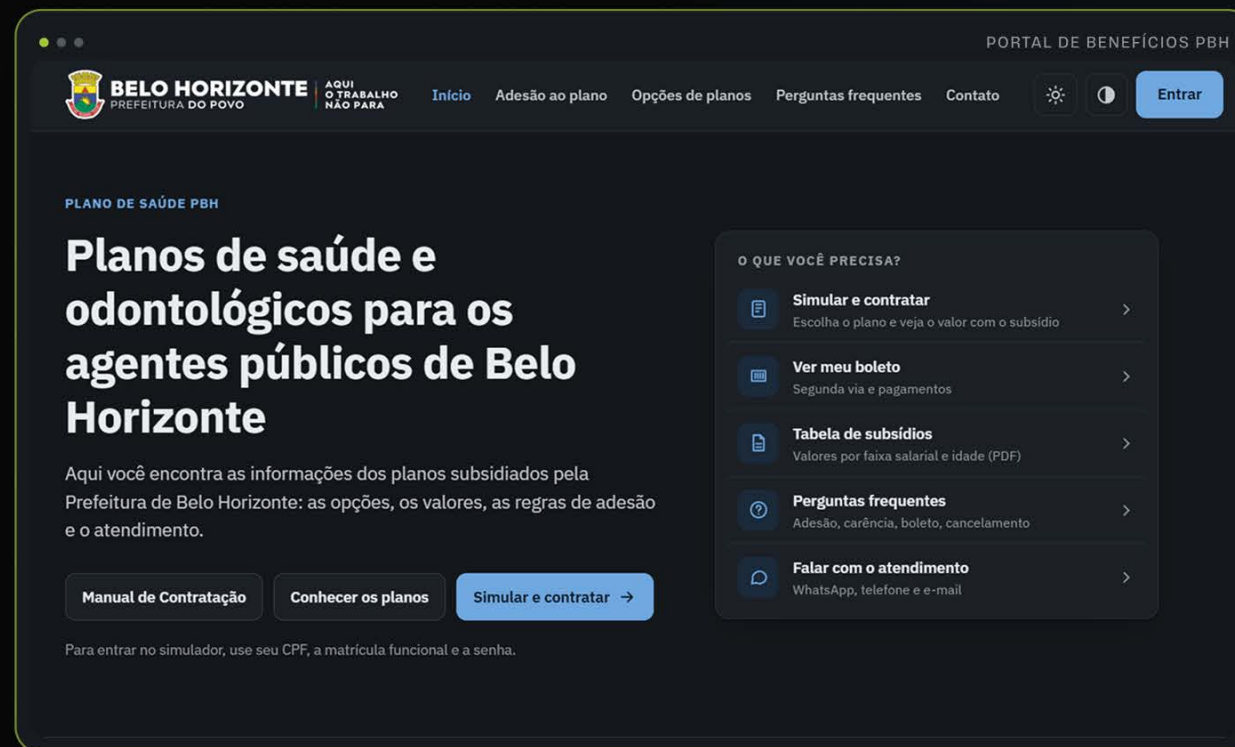


Quer contratar apenas o plano odontológico? O sistema permite pular a etapa do plano de saúde e seguir diretamente para as opções odontológicas.

 PASSO A PASSO

Comece conhecendo todas as opções.

- 1 Acesse pbh.gov.br/planodesaude.
- 2 Consulte planos, valores, regras de adesão e atendimento.
- 3 Clique em “Simular e contratar”.



> PASSO A PASSO

Cadastre sua senha.

- 1 Se ainda não possui cadastro, clique em “Cadastre sua senha”.
- 2 Preencha os dados solicitados e crie uma senha segura.
- 3 Se já possui cadastro, entre normalmente com os seus dados.

PORTAL DE BENEFÍCIOS PBH

Cadastre sua senha

Preencha as informações restantes nos campos abaixo e clique em prosseguir para receber um e-mail de validação.

Nome completo:	CPF:
Matrícula:	Empresa:
Telefone:	E-mail:
Senha:	Confirme sua senha:

Prosseguir

Faça o login

Preencha os campos abaixo e clique no botão entrar para acessar o sistema.

CPF:
Matrícula funcional:
Senha:
☐
Entrar
Cadastre sua senha

> PASSO A PASSO

Cadastre seus dependentes.

- 1 Acesse a aba lateral “Beneficiários”.
- 2 Clique em “Incluir dependentes”.
- 3 Preencha os dados e envie os documentos solicitados.

PORTAL DE BENEFÍCIOS PBH

 **BELO HORIZONTE**
PREFEITURA DO POVO | AQUI O TRABALHO NÃO PARA

Incluir dependente

Nome completo: CPF: Data de nascimento:

Sexo: Parentesco:

Nome da mãe: Nome do pai:

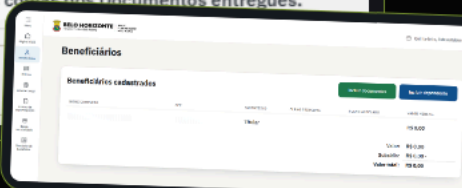
Raça/cor: Incapacidade laborativa:

Documento de identificação: Somente serão aceitos documentos com extensões (.png, .jpeg e .pdf).

Powered by FilePond

☐ Eu assumo inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas e autenticidade das cópias dos Documentos entregues.

Cancelar



PASSO A PASSO

Escolha a cobertura.

- 1

Selecione o plano de saúde desejado.
- 2

Se quiser incluir o acoplado aeromédico, marque a caixa de seleção.
- 3

Confira os valores mensais e o subsídio da PBH.

PORTAL DE BENEFÍCIOS PBH

Quinta-feira, 8 de outubro de 2025

Menu

Página Inicial

Beneficiários

Boletins

Sistema SPED

Extrato de participação

Comp. escolaridade

Simulador de benefícios

BELO HORIZONTE

PREFEITURA DO POVO

AQUI O TRABALHO NÃO PARA

Simulador de benefícios

Escolha o nível do plano, marque quem entra e confira o valor final. Nada é contratado até você confirmar.

Selecione seu plano de saúde

Unimed

OPERADORA UNIMED BH

2026 - Preferencial Familiar Apartamento (Pleno)

2026 - Preferencial Familiar Enfermaria (Pleno)

2026 - Rede Ampla Apartamento (Unipart)

2026 - Rede Ampla Enfermaria (Unipart)

2026 - Rede Preferencial Enfermaria (Unifacil)

INCLUIR	NOME COMPLETO	PARENTESCO	NASCIMENTO	VALOR PLANO	AERO-MÉDICO	SUBSÍDIO	A PAGAR
☐	//////	Titular	//////	R\$ 597,16	☐ + R\$ 2,28	R\$ 0,00	R\$ 597,16

Total a pagar por mês

R\$ 0,00

Descartar e Simular Odonto

Confirmar

> PASSO A PASSO

Confirme seus dados.

- 1 Leia e confirme a ciência das condições apresentadas.
- 2 Preencha ou atualize os dados do titular.
- 3 Revise as informações antes de prosseguir.

PORTAL DE BENEFÍCIOS PBH

Confirmação de Dados Cadastrais

Nome Completo:

E-Mail:

Celular: Sexo: Estado Civil:

Nome da Mãe: Nome do Pai:

CEP (Informe o CEP e clique em localizar para localizar o endereço): Tipo de Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.): Logradouro:

Número: Complemento: Bairro:

Cidade: Estado: Código do Município:

BELO HORIZONTE PREFEITURA DO POVO AQUI O TRABALHO NÃO PARA

Confirmar seleção



Após Confirmar, somente será permitida troca de plano e/ou operadora após 12 meses da vigência inicial do plano selecionado.

A inclusão de novos dependentes deverá aguardar abertura de novo prazo para inclusões (votada a inclusão de novos dependentes aos Aposentados e Pensionistas).

> PASSO A PASSO

Revise e assine o termo.

- 1 Confira os dados do termo gerado e as condições contratuais.
- 2 Confirme a leitura e a validação das informações.
- 3 Assine o termo para concluir esta etapa.

PORTAL DE BENEFÍCIOS PBH

Termo de adesão • Saúde

Leia o termo com atenção. Para assinar, marque a declaração e clique em **Assinar termo**.

AdesaoPBH_270294_Leticia...

1 / 8

117%

TERMO DE ADEÇÃO - GRUPO PBH
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL
CREDENCIAMENTO 001/2026

**BELO
HORIZONTE**
PREFEITURA DO POVO

DADOS DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

Razão Social: [REDACTED] Reg. Op. na ANS Nº: [REDACTED]

CNPJ: [REDACTED] Inscrição Estadual: [REDACTED] Inscrição Municipal: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED] Nº: [REDACTED] Bairro: [REDACTED] Cidade: [REDACTED] Estado: [REDACTED] Cep: [REDACTED]

DADOS DA EMPRESA (ENTE CONTRATANTE)

Razão Social: [REDACTED] CNPJ: [REDACTED]

DADOS DO BENEFICIÁRIO(A) - TITULAR

Nome Completo: [REDACTED] Matrícula: [REDACTED]

Nome da Mãe: [REDACTED] CNS – Cartão Nacional de Saúde: [REDACTED]

Endereço (Rua/Av, Qd, Lt, Apt, Ed. Etc): [REDACTED] Nº: [REDACTED]

SAÚDE **A assinar**

[REDACTED]

Titular R\$ 307,80

+ aeromédico R\$ 2,28

Total mensal **R\$ 310,08**

Vigência a partir de 01/12/2026

☐ Li o termo de adesão e declaro que as informações prestadas sobre mim e meus dependentes são verdadeiras.
[Ver a declaração completa](#)

Assinar termo

Voltar ao início

> PASSO A PASSO

Valide as informações.

- 1 Leia e confirme a ciência das condições apresentadas.
- 2 Preencha ou atualize os dados do titular.
- 3 Revise cuidadosamente antes de continuar.

PORTAL DE BENEFÍCIOS PBH

Confirmação de Dados Cadastrais

Nome Completo:

E-Mail:

Celular: Sexo: Estado Civil:

Nome da Mãe: Nome do Pai:

CEP (Informe o CEP e clique em localizar para localizar o endereço): Tipo de Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.): Logradouro:

Número: Complemento: Bairro:

Cidade: Estado: Código do Município:

BELO HORIZONTE PREFEITURA DO POVO AQUI O TRABALHO NÃO PARA

Confirmar seleção



Após Confirmar, somente será permitida troca de plano e/ou operadora após 12 meses da vigência inicial do plano selecionado.

A inclusão de novos dependentes deverá aguardar abertura de novo prazo para inclusões (votada a inclusão de novos dependentes aos Aposentados e Pensionistas).

> PASSO A PASSO

Finalize a contratação.

- 1 Confira os dados do termo e as condições contratuais.
- 2 Confirme a leitura e a validação das informações.
- 3 Assine o termo para concluir.

PORTAL DE BENEFÍCIOS PBH

Termo de adesão · Odonto

Leia o termo com atenção. Para assinar, marque a declaração e clique em **Assinar termo**.

AdesaoPBH_270295_Letici... 1 / 8 117%

TERMO DE ADESAO - GRUPO PBH
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL
CREDENCIAMENTO 001/2026

 **BELO
HORIZONTE**
PREFEITURA DO POVO

DADOS DA OPERADORA DE PLANO ODONTOLÓGICO

Razão Social:		Reg. Op. na ANS N°:	
CNPJ:		Inscrição Estadual:	
Endereço:	N°:	Bairro:	Cidade:
Estado:		Cep:	

DADOS DA EMPRESA (ENTE CONTRATANTE)

Razão Social:	CNPJ:
---------------	-------

DADOS DO BENEFICIÁRIO(A) - TITULAR

Nome Completo:	Matrícula:
----------------	------------

ODONTO A assinar

Titular

Total mensal

Vigência a partir de 01/12/2026

☐ Li o termo de adesão e declaro que as informações prestadas sobre mim e meus dependentes são verdadeiras.
[Ver a declaração completa](#)

Assinar termo

Voltar ao início



PROCESSO CONCLUÍDO

Pronto!

Você concluiu a contratação do seu
Plano de Saúde e/ou Odontológico.

Acessar o portal ➤