

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA
CAMAÇARI



ANS - nº 42.025-5



ANS nº 368253



ANS nº 359017



PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

Administradora de benefícios/contratante
Alter Administradora de Benefícios Ltda.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98

TABELA

| PRODUTO | NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224 | NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224 |
|-----------------------|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Ambulatorial | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst |
| COPARTICIPAÇÃO | Total | Total | Total | Parcial | Parcial | Parcial |
| ACOMODAÇÃO | Indisponível | Enfermaria | Apartamento | Indisponível | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | 485.721/20-6 | 485.701/20-1 | 485.739/20-9 | 485.721/20-6 | 485.701/20-1 | 485.739/20-9 |
| 0 A 18 ANOS | R\$ 115,93 | R\$ 187,38 | R\$ 279,46 | R\$ 180,70 | R\$ 228,00 | R\$ 340,39 |
| 19 A 23 ANOS | R\$ 152,34 | R\$ 246,31 | R\$ 367,86 | R\$ 238,03 | R\$ 299,93 | R\$ 448,29 |
| 24 A 28 ANOS | R\$ 173,51 | R\$ 282,78 | R\$ 422,56 | R\$ 271,37 | R\$ 344,44 | R\$ 515,06 |
| 29 A 33 ANOS | R\$ 193,43 | R\$ 316,32 | R\$ 472,88 | R\$ 302,75 | R\$ 385,39 | R\$ 576,48 |
| 34 A 38 ANOS | R\$ 203,52 | R\$ 331,98 | R\$ 496,36 | R\$ 318,62 | R\$ 404,49 | R\$ 605,14 |
| 39 A 43 ANOS | R\$ 228,35 | R\$ 374,72 | R\$ 560,47 | R\$ 357,73 | R\$ 456,66 | R\$ 683,39 |
| 44 A 48 ANOS | R\$ 279,00 | R\$ 456,46 | R\$ 683,07 | R\$ 437,49 | R\$ 556,42 | R\$ 833,03 |
| 49 A 53 ANOS | R\$ 386,57 | R\$ 628,69 | R\$ 941,42 | R\$ 606,87 | R\$ 766,63 | R\$ 1.148,36 |
| 54 A 58 ANOS | R\$ 520,74 | R\$ 847,61 | R\$ 1.269,80 | R\$ 818,14 | R\$ 1.033,82 | R\$ 1.549,16 |
| 59 ANOS OU + | R\$ 676,00 | R\$ 1.100,92 | R\$ 1.649,77 | R\$ 1.062,63 | R\$ 1.343,01 | R\$ 2.012,95 |

PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - 485.365/20-2

| PRODUTO | NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224 | NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224 |
|-----------------------|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Ambulatorial | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst |
| COPARTICIPAÇÃO | Total | Total | Total | Parcial | Parcial | Parcial |
| ACOMODAÇÃO | Indisponível | Enfermaria | Apartamento | Indisponível | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | 485.721/20-6 | 485.701/20-1 | 485.739/20-9 | 485.721/20-6 | 485.701/20-1 | 485.739/20-9 |
| 0 A 18 ANOS | R\$ 116,81 | R\$ 188,26 | R\$ 280,34 | R\$ 181,58 | R\$ 228,88 | R\$ 341,27 |
| 19 A 23 ANOS | R\$ 154,55 | R\$ 248,50 | R\$ 370,05 | R\$ 240,23 | R\$ 302,12 | R\$ 450,48 |
| 24 A 28 ANOS | R\$ 176,49 | R\$ 285,78 | R\$ 425,56 | R\$ 274,34 | R\$ 347,44 | R\$ 518,06 |
| 29 A 33 ANOS | R\$ 197,15 | R\$ 320,07 | R\$ 476,63 | R\$ 306,43 | R\$ 371,54 | R\$ 580,22 |
| 34 A 38 ANOS | R\$ 207,59 | R\$ 336,08 | R\$ 500,46 | R\$ 322,68 | R\$ 408,59 | R\$ 609,23 |
| 39 A 43 ANOS | R\$ 233,33 | R\$ 379,77 | R\$ 565,51 | R\$ 362,69 | R\$ 461,71 | R\$ 688,43 |
| 44 A 48 ANOS | R\$ 285,83 | R\$ 463,32 | R\$ 689,93 | R\$ 444,29 | R\$ 563,29 | R\$ 839,89 |
| 49 A 53 ANOS | R\$ 397,31 | R\$ 639,38 | R\$ 952,10 | R\$ 617,57 | R\$ 777,34 | R\$ 1.159,05 |
| 54 A 58 ANOS | R\$ 536,37 | R\$ 863,17 | R\$ 1.285,34 | R\$ 833,71 | R\$ 1.049,41 | R\$ 1.564,72 |
| 59 ANOS OU + | R\$ 697,28 | R\$ 1.122,11 | R\$ 1.670,94 | R\$ 1.083,83 | R\$ 1.364,23 | R\$ 2.034,14 |

TABELA SEM ODONTO

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO TOTAL | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Consultas Eletivas | Valor fixo R\$ 21,22 | Isento |
| Consultas de Urgência | Valor fixo R\$ 37,13 | Isento |
| Exames Simples | 30% Limitado a R\$ 10,61 | Isento |
| Exames Complexos | 30% Limitado a R\$ 53,04 | Isento |
| Terapias | 50% Limitado a R\$ 64,92 | 50% Limitado a R\$ 64,92 |
| Internações | Isento | Isento |

Obs: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

QUEM PODE ADERIR

AFPU - ASSOCIAÇÃO DE APOIO E ASSISTÊNCIA AO FUNCIONALISMO PÚBLICO

Todos os servidores públicos: (Federal, Estadual e Municipal), Funcionários da Indústria e Funcionários do Comércio.

- Termo de posse (para funcionários públicos), holerites, CTPS e contrato de trabalho.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Estudantes do ensino infantil, fundamental, médio, graduação e pós-graduação do ensino superior do Brasil. Serão aceitos beneficiários a partir de 5 anos de idade, desde que seja comprovada a elegibilidade.

- Comprovante de matrícula ou comprovante da mensalidade quitado ou declaração de escolaridade, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e assinado pela instituição (últimos 60 dias) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

FETRABRAS/FETRACESP - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS

Profissionais liberais e profissionais autônomos.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

ANSP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Todos os servidores públicos: (Federal, Estadual e Municipal).

- Cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS

Administrador, Advogado, Arquiteto, Assistente Social, Biólogo, Biomédico, Dentista, Contabilista, Economista, Educador Físico, Engenheiro, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Psicólogo e Veterinário.

- Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

BA – Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A venda será considerada administrativa para beneficiários acima de 64 anos, 11 meses e 29 dias.
- A venda também será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno anterior há 90 (noventa) dias do cancelamento.
- Reajuste anual: **FEVEREIRO 2025**.

VIGÊNCIA

| VIGÊNCIA | VENCIMENTO |
|----------|-------------|
| Dia 01 | Todo dia 01 |
| Dia 10 | Todo dia 10 |
| Dia 20 | Todo dia 20 |

CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PLANO SAÚDE

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIA MÉDICA |
|--|-----------------|
| Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula 5.1, em conformidade com a CONSU Nº 13/98. | 24 horas |
| Cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG). | Isenção |
| Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea; Exames oftalmológicos simples: Curva Tensional, Tonometria, Campimetria e Mapeamento de retina. | 90 dias |
| Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT: Cirurgias ambulatoriais; Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica; Internações em leitos de alta complexidade; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia; Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. | 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 |
| Cobertura de Parto a Termo. | 300 dias |

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA CPT - 24 MESES

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.

PLANO ODONTOLÓGICO

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIA ODONTO |
|--|-----------------|
| Urgência e emergência | 24 horas |
| Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações) | 60 dias |
| Demais casos | 180 dias |

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

1. 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: Nome completo do beneficiário; Data de Nascimento; CPF do beneficiário; N° de Registro da Operadora/Administradora; N° de Registro do Produto (ou código SCPA); Segmentação do Produto e Acomodação; Data de adesão do beneficiário; Prazo de permanência ou data de cancelamento; Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
2. 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);
3. 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;
4. Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação): apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS;
5. Na ausência de informações sobre adimplência:
 - **Para clientes oriundos de planos coletivos empresariais:** acatar apresentação dos dois últimos contracheques, constando claramente o desconto referente à contribuição com o plano de saúde, como comprovação de adimplência, (sendo indiferente o valor apresentado para efeito de aceitação).
 - **Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar:** acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.