

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA
ARARAQUARA



15%

DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES*



ANS - nº 42.025-5



ANS nº 368253



ANS nº 359017



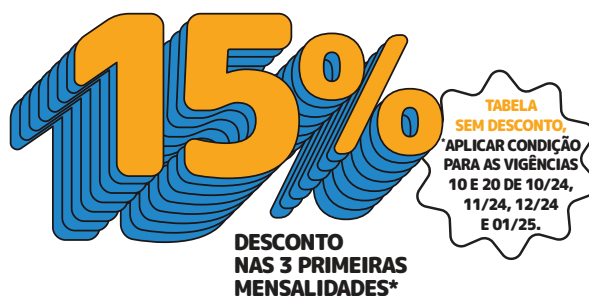
PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

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 AHO CA GM ENF CC SF 044 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 053 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 044 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 053 |
|----------------|---|---|---|---|
| SEGMENTAÇÃO | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst |
| COPARTICIPAÇÃO | Total | Total | Parcial | Parcial |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | 488.037/21-4 | 488.057/21-9 | 488.037/21-4 | 488.057/21-9 |
| 0 A 18 ANOS | R\$ 146,73 | R\$ 186,77 | R\$ 231,01 | R\$ 296,30 |
| 19 A 23 ANOS | R\$ 152,07 | R\$ 193,71 | R\$ 239,72 | R\$ 307,62 |
| 24 A 28 ANOS | R\$ 152,07 | R\$ 193,71 | R\$ 239,72 | R\$ 307,62 |
| 29 A 33 ANOS | R\$ 172,89 | R\$ 220,77 | R\$ 273,69 | R\$ 351,77 |
| 34 A 38 ANOS | R\$ 196,84 | R\$ 251,90 | R\$ 312,75 | R\$ 402,55 |
| 39 A 43 ANOS | R\$ 226,50 | R\$ 290,46 | R\$ 361,14 | R\$ 465,45 |
| 44 A 48 ANOS | R\$ 341,64 | R\$ 440,13 | R\$ 548,99 | R\$ 709,61 |
| 49 A 53 ANOS | R\$ 515,67 | R\$ 666,36 | R\$ 832,91 | R\$ 1.078,67 |
| 54 A 58 ANOS | R\$ 578,32 | R\$ 747,80 | R\$ 935,11 | R\$ 1.211,52 |
| 59 ANOS OU + | R\$ 813,38 | R\$ 1.053,35 | R\$ 1.318,59 | R\$ 1.709,99 |

+ ODONTO PREMIUM ADESÃO - 476.835/16-3 (ENFERMARIA/APARTAMENTO)

| PRODUTO | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 044 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 053 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 044 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 053 |
|----------------|---|---|---|---|
| SEGMENTAÇÃO | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst |
| COPARTICIPAÇÃO | Total | Total | Parcial | Parcial |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | 488.037/21-4 | 488.057/21-9 | 488.037/21-4 | 488.057/21-9 |
| 0 A 18 ANOS | R\$ 147,61 | R\$ 187,65 | R\$ 231,89 | R\$ 297,18 |
| 19 A 23 ANOS | R\$ 153,52 | R\$ 195,16 | R\$ 241,16 | R\$ 309,07 |
| 24 A 28 ANOS | R\$ 153,52 | R\$ 195,16 | R\$ 241,16 | R\$ 309,07 |
| 29 A 33 ANOS | R\$ 176,55 | R\$ 224,44 | R\$ 277,34 | R\$ 355,43 |
| 34 A 38 ANOS | R\$ 203,02 | R\$ 258,10 | R\$ 318,94 | R\$ 408,75 |
| 39 A 43 ANOS | R\$ 235,83 | R\$ 299,82 | R\$ 370,48 | R\$ 474,80 |
| 44 A 48 ANOS | R\$ 363,18 | R\$ 461,72 | R\$ 570,54 | R\$ 731,20 |
| 49 A 53 ANOS | R\$ 555,66 | R\$ 706,43 | R\$ 872,92 | R\$ 1.118,74 |
| 54 A 58 ANOS | R\$ 624,95 | R\$ 794,52 | R\$ 981,78 | R\$ 1.258,24 |
| 59 ANOS OU + | R\$ 884,93 | R\$ 1.125,04 | R\$ 1.390,20 | R\$ 1.781,67 |

TABELA SEM ODONTO

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO TOTAL | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Consultas Eletivas | 35% Limitado a R\$ 32,13 | Isento |
| Consultas de Urgência | 35% Limitado a R\$ 48,20 | Isento |
| Exames Simples | 35% Limitado a R\$ 21,42 | Isento |
| Exames Complexos | 35% Limitado a R\$ 107,10 | Isento |
| Terapias | 50% Limitado a R\$ 65,55 | 50% Limitado a R\$ 65,55 |
| 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\$ 10,00 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 MUNICIPAIS

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

SP - Araraquara, Barretos, Bauru, Franca, Lins, Ribeirão Preto, São Carlos e Sertãozinho.

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 Dia 10 Dia 20 | Todo dia 01 Todo dia 10 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.