

# MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA  
BELO HORIZONTE



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 PRM 065	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC 2 PRM 176	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC PRM 018	NOSSO PLANO A CA GM CC PRM 065	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC 2 PRM 176	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC PRM 018
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	490.173/21-8	493.094/22-1	490.180/21-1	490.173/21-8	493.094/22-1	490.180/21-1
0 A 18 ANOS	R\$ 76,39	R\$ 128,07	R\$ 171,98	R\$ 118,43	R\$ 183,42	R\$ 249,47
19 A 23 ANOS	R\$ 100,14	R\$ 163,20	R\$ 221,15	R\$ 155,76	R\$ 236,25	R\$ 323,44
24 A 28 ANOS	R\$ 113,96	R\$ 184,93	R\$ 251,58	R\$ 177,47	R\$ 268,95	R\$ 369,21
29 A 33 ANOS	R\$ 126,96	R\$ 204,93	R\$ 279,58	R\$ 197,90	R\$ 299,02	R\$ 411,32
34 A 38 ANOS	R\$ 133,53	R\$ 214,25	R\$ 292,64	R\$ 208,24	R\$ 313,06	R\$ 430,97
39 A 43 ANOS	R\$ 149,73	R\$ 239,73	R\$ 328,31	R\$ 233,71	R\$ 351,38	R\$ 484,62
44 A 48 ANOS	R\$ 182,78	R\$ 288,45	R\$ 396,51	R\$ 285,66	R\$ 424,65	R\$ 587,21
49 A 53 ANOS	R\$ 252,95	R\$ 391,11	R\$ 540,23	R\$ 395,95	R\$ 579,07	R\$ 803,40
54 A 58 ANOS	R\$ 340,48	R\$ 521,59	R\$ 722,91	R\$ 533,54	R\$ 775,33	R\$ 1.078,18
59 ANOS OU +	R\$ 441,77	R\$ 672,58	R\$ 934,30	R\$ 692,74	R\$ 1.002,44	R\$ 1.396,16

PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - 485.365/20-2 (AMBULATORIAL) / + ODONTO PREMIUM ADESÃO - 476.835/16-3 (ENFERMARIA/APARTAMENTO)

PRODUTO	NOSSO PLANO A CA GM CC PRM 065	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC 2 PRM 176	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC PRM 018	NOSSO PLANO A CA GM CC PRM 065	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC 2 PRM 176	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC PRM 018
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	490.173/21-8	493.094/22-1	490.180/21-1	490.173/21-8	493.094/22-1	490.180/21-1
0 A 18 ANOS	R\$ 77,27	R\$ 128,95	R\$ 172,86	R\$ 119,31	R\$ 184,30	R\$ 250,35
19 A 23 ANOS	R\$ 102,23	R\$ 170,21	R\$ 228,18	R\$ 157,85	R\$ 243,28	R\$ 330,47
24 A 28 ANOS	R\$ 116,75	R\$ 195,74	R\$ 262,40	R\$ 180,26	R\$ 279,77	R\$ 380,04
29 A 33 ANOS	R\$ 130,41	R\$ 219,23	R\$ 293,88	R\$ 201,35	R\$ 313,34	R\$ 425,64
34 A 38 ANOS	R\$ 137,32	R\$ 230,19	R\$ 308,58	R\$ 212,03	R\$ 329,01	R\$ 446,92
39 A 43 ANOS	R\$ 154,34	R\$ 260,12	R\$ 348,70	R\$ 238,32	R\$ 371,77	R\$ 505,01
44 A 48 ANOS	R\$ 189,07	R\$ 317,35	R\$ 425,42	R\$ 291,94	R\$ 453,56	R\$ 616,11
49 A 53 ANOS	R\$ 262,80	R\$ 437,94	R\$ 587,07	R\$ 405,79	R\$ 625,92	R\$ 850,24
54 A 58 ANOS	R\$ 354,78	R\$ 591,22	R\$ 792,55	R\$ 547,83	R\$ 844,98	R\$ 1.147,82
59 ANOS OU +	R\$ 461,22	R\$ 768,58	R\$ 1.030,32	R\$ 712,18	R\$ 1.098,48	R\$ 1.492,16

TABELA SEM ODONTO

# TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 33,95	Isento
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 47,74	Isento
Exames Simples	40% Valor fixo R\$ 16,97	Isento
Exames Complexos	40% Valor fixo R\$ 63,65	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

MG – Belo Horizonte, Betim e Contagem.

## 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).	30 dias
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
<b>Urgência e emergência</b>	24 horas
<b>Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística</b> (restaurações)	60 dias
<b>Demais casos</b>	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.