

# MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA  
FORTALEZA



**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 A CA GM CC QC 234	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 234	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225
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	485.722/20-4	485.702/20-0	485.713/20-5	485.722/20-4	485.702/20-0	485.713/20-5
0 A 18 ANOS	R\$ 97,39	R\$ 204,28	R\$ 296,68	R\$ 151,56	R\$ 271,63	R\$ 397,71
19 A 23 ANOS	R\$ 127,86	R\$ 263,42	R\$ 385,39	R\$ 199,52	R\$ 352,32	R\$ 518,73
24 A 28 ANOS	R\$ 145,57	R\$ 300,01	R\$ 440,83	R\$ 227,42	R\$ 402,24	R\$ 593,62
29 A 33 ANOS	R\$ 162,24	R\$ 333,67	R\$ 490,77	R\$ 253,67	R\$ 448,17	R\$ 662,52
34 A 38 ANOS	R\$ 170,68	R\$ 349,38	R\$ 514,33	R\$ 266,95	R\$ 469,60	R\$ 694,67
39 A 43 ANOS	R\$ 191,46	R\$ 392,26	R\$ 578,66	R\$ 299,67	R\$ 528,11	R\$ 782,44
44 A 48 ANOS	R\$ 233,85	R\$ 474,27	R\$ 701,68	R\$ 366,40	R\$ 640,02	R\$ 950,29
49 A 53 ANOS	R\$ 323,85	R\$ 647,08	R\$ 960,91	R\$ 508,09	R\$ 875,81	R\$ 1.304,00
54 A 58 ANOS	R\$ 436,12	R\$ 866,74	R\$ 1.290,41	R\$ 684,85	R\$ 1.175,52	R\$ 1.753,58
59 ANOS OU +	R\$ 566,03	R\$ 1.120,91	R\$ 1.671,68	R\$ 889,38	R\$ 1.522,33	R\$ 2.273,81

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

PRODUTO	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 234	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 234	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225
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	485.722/20-4	485.702/20-0	485.713/20-5	485.722/20-4	485.702/20-0	485.713/20-5
0 A 18 ANOS	R\$ 98,27	R\$ 205,16	R\$ 297,56	R\$ 152,44	R\$ 272,51	R\$ 398,59
19 A 23 ANOS	R\$ 130,01	R\$ 270,81	R\$ 392,78	R\$ 201,68	R\$ 359,71	R\$ 526,13
24 A 28 ANOS	R\$ 148,47	R\$ 311,43	R\$ 451,70	R\$ 230,31	R\$ 413,66	R\$ 605,05
29 A 33 ANOS	R\$ 165,84	R\$ 348,81	R\$ 505,89	R\$ 257,26	R\$ 463,30	R\$ 677,66
34 A 38 ANOS	R\$ 174,64	R\$ 366,25	R\$ 531,19	R\$ 270,89	R\$ 486,46	R\$ 711,54
39 A 43 ANOS	R\$ 196,29	R\$ 413,86	R\$ 600,24	R\$ 304,48	R\$ 549,70	R\$ 804,04
44 A 48 ANOS	R\$ 240,46	R\$ 504,90	R\$ 732,29	R\$ 372,99	R\$ 670,64	R\$ 980,93
49 A 53 ANOS	R\$ 334,24	R\$ 696,77	R\$ 1.010,57	R\$ 518,45	R\$ 925,48	R\$ 1.353,68
54 A 58 ANOS	R\$ 451,23	R\$ 940,63	R\$ 1.364,26	R\$ 699,91	R\$ 1.249,40	R\$ 1.827,46
59 ANOS OU +	R\$ 586,60	R\$ 1.222,82	R\$ 1.773,54	R\$ 909,88	R\$ 1.624,22	R\$ 2.375,70

TABELA SEM ODONTO

# TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	25% Limitado a R\$ 21,00	Isento
Consultas de Urgência	25% Limitado a R\$ 31,50	Isento
Exames Simples	25% Limitado a R\$ 18,90	Isento
Exames Complexos	25% Limitado a R\$ 73,50	Isento
Terapias	50% Limitado a R\$ 64,26	50% Limitado a R\$ 64,26
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

NOSSO PLANO A CA GM CC QC 234 (485.722/20-4): CE - Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Pacajus e São Gonçalo do Amarante.

NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219 (485.702/20-0) e NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225 (485.713/20-5): CE - Fortaleza, Juazeiro do Norte e Maracanaú.

## 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.