

# MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA  
GOIÂNIA



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 290	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 298	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 290	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 298
SEGMENTAÇÃO	Amb + Hosp + Obst			
COPARTICIPAÇÃO	Total	Total	Parcial	Parcial
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	487.817/20-5	487.825/20-6	487.817/20-5	487.825/20-6
0 A 18 ANOS	R\$ 156,56	R\$ 196,99	R\$ 202,99	R\$ 257,37
19 A 23 ANOS	R\$ 199,70	R\$ 253,06	R\$ 260,98	R\$ 332,77
24 A 28 ANOS	R\$ 226,39	R\$ 287,76	R\$ 296,87	R\$ 379,42
29 A 33 ANOS	R\$ 250,94	R\$ 319,68	R\$ 329,88	R\$ 422,34
34 A 38 ANOS	R\$ 262,40	R\$ 334,58	R\$ 345,29	R\$ 442,37
39 A 43 ANOS	R\$ 293,68	R\$ 375,24	R\$ 387,34	R\$ 497,04
44 A 48 ANOS	R\$ 353,50	R\$ 453,01	R\$ 467,76	R\$ 601,60
49 A 53 ANOS	R\$ 479,56	R\$ 616,88	R\$ 637,24	R\$ 821,95
54 A 58 ANOS	R\$ 639,80	R\$ 825,17	R\$ 852,66	R\$ 1.102,02
59 ANOS OU +	R\$ 825,20	R\$ 1.066,19	R\$ 1.101,93	R\$ 1.426,09

+ ODONTO PREMIUM ADESÃO – 476.835/16-3

PRODUTO	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 290	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 298	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 290	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 298
SEGMENTAÇÃO	Amb + Hosp + Obst			
COPARTICIPAÇÃO	Total	Total	Parcial	Parcial
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	487.817/20-5	487.825/20-6	487.817/20-5	487.825/20-6
0 A 18 ANOS	R\$ 157,44	R\$ 197,87	R\$ 203,87	R\$ 258,25
19 A 23 ANOS	R\$ 207,82	R\$ 261,18	R\$ 269,10	R\$ 340,89
24 A 28 ANOS	R\$ 238,99	R\$ 300,36	R\$ 309,47	R\$ 392,03
29 A 33 ANOS	R\$ 267,67	R\$ 336,41	R\$ 346,61	R\$ 439,08
34 A 38 ANOS	R\$ 281,05	R\$ 353,22	R\$ 363,93	R\$ 461,03
39 A 43 ANOS	R\$ 317,59	R\$ 399,14	R\$ 411,24	R\$ 520,97
44 A 48 ANOS	R\$ 387,46	R\$ 486,96	R\$ 501,71	R\$ 635,58
49 A 53 ANOS	R\$ 534,70	R\$ 672,00	R\$ 692,37	R\$ 877,10
54 A 58 ANOS	R\$ 721,84	R\$ 907,20	R\$ 934,69	R\$ 1.184,09
59 ANOS OU +	R\$ 938,39	R\$ 1.179,36	R\$ 1.215,10	R\$ 1.539,32

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

GO - Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia e Quirinópolis.

## 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
<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; Nº de Registro da Operadora/Administradora; Nº 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.