

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA
JOINVILLE



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

15%

TABELA SEM DESCONTO, APLICAR CONDIÇÃO PARA AS VIGÊNCIAS 10 E 20 DE 10/24, 11/24, 12/24 E 01/25.

DESCONTO NAS 3 PRIMEIRAS MENSALIDADES*

PRODUTO	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 213	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 175	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 197
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
COPARTICIPAÇÃO	Total	Total	Total
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	485.728/20-3	485.710/20-1	485.765/20-8
0 A 18 ANOS	R\$ 120,89	R\$ 176,96	R\$ 264,86
19 A 23 ANOS	R\$ 159,55	R\$ 233,20	R\$ 349,23
24 A 28 ANOS	R\$ 182,04	R\$ 268,00	R\$ 401,43
29 A 33 ANOS	R\$ 203,19	R\$ 300,01	R\$ 449,45
34 A 38 ANOS	R\$ 213,89	R\$ 314,95	R\$ 471,86
39 A 43 ANOS	R\$ 240,27	R\$ 355,74	R\$ 533,05
44 A 48 ANOS	R\$ 294,05	R\$ 433,73	R\$ 650,06
49 A 53 ANOS	R\$ 408,26	R\$ 598,09	R\$ 896,61
54 A 58 ANOS	R\$ 550,72	R\$ 807,00	R\$ 1.210,01
59 ANOS OU +	R\$ 715,57	R\$ 1.048,73	R\$ 1.572,65

PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - 485.365/20-2

PRODUTO	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 175	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 197
SEGMENTAÇÃO	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
COPARTICIPAÇÃO	Total	Total
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	485.710/20-1	485.765/20-8
0 A 18 ANOS	R\$ 177,84	R\$ 265,74
19 A 23 ANOS	R\$ 234,75	R\$ 350,78
24 A 28 ANOS	R\$ 269,96	R\$ 403,39
29 A 33 ANOS	R\$ 302,35	R\$ 451,80
34 A 38 ANOS	R\$ 317,47	R\$ 474,39
39 A 43 ANOS	R\$ 358,74	R\$ 536,06
44 A 48 ANOS	R\$ 437,67	R\$ 654,00
49 A 53 ANOS	R\$ 603,98	R\$ 902,52
54 A 58 ANOS	R\$ 815,37	R\$ 1.218,40
59 ANOS OU +	R\$ 1.059,99	R\$ 1.583,93

TABELA SEM ODONTO

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

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

SC – Joinville.

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
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.