

# MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA  
NATAL



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 238	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 238	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196
<b>SEGMENTAÇÃO</b>	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
<b>COPARTICIPAÇÃO</b>	Total	Total	Total	Parcial	Parcial	Parcial
<b>ACOMODAÇÃO</b>	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
<b>CÓDIGO ANS</b>	485.727/20-5	485.709/20-7	485.719/20-4	485.727/20-5	485.709/20-7	485.719/20-4
<b>0 A 18 ANOS</b>	R\$ 83,58	R\$ 156,04	R\$ 222,72	R\$ 111,76	R\$ 202,98	R\$ 293,16
<b>19 A 23 ANOS</b>	R\$ 109,43	R\$ 198,73	R\$ 286,74	R\$ 146,71	R\$ 260,68	R\$ 379,73
<b>24 A 28 ANOS</b>	R\$ 124,46	R\$ 225,14	R\$ 326,36	R\$ 167,04	R\$ 296,38	R\$ 433,29
<b>29 A 33 ANOS</b>	R\$ 138,60	R\$ 249,44	R\$ 362,80	R\$ 186,17	R\$ 329,23	R\$ 482,57
<b>34 A 38 ANOS</b>	R\$ 145,75	R\$ 260,78	R\$ 379,81	R\$ 195,85	R\$ 344,56	R\$ 505,57
<b>39 A 43 ANOS</b>	R\$ 163,39	R\$ 291,74	R\$ 426,24	R\$ 219,70	R\$ 386,42	R\$ 568,35
<b>44 A 48 ANOS</b>	R\$ 199,36	R\$ 350,94	R\$ 515,03	R\$ 268,33	R\$ 466,44	R\$ 688,40
<b>49 A 53 ANOS</b>	R\$ 275,72	R\$ 475,68	R\$ 702,13	R\$ 371,59	R\$ 635,09	R\$ 941,38
<b>54 A 58 ANOS</b>	R\$ 370,98	R\$ 634,24	R\$ 939,95	R\$ 500,40	R\$ 849,44	R\$ 1.262,93
<b>59 ANOS OU +</b>	R\$ 481,21	R\$ 817,72	R\$ 1.215,15	R\$ 649,46	R\$ 1.097,47	R\$ 1.635,01

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 238	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 238	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196
<b>SEGMENTAÇÃO</b>	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
<b>COPARTICIPAÇÃO</b>	Total	Total	Total	Parcial	Parcial	Parcial
<b>ACOMODAÇÃO</b>	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
<b>CÓDIGO ANS</b>	485.727/20-5	485.709/20-7	485.719/20-4	485.727/20-5	485.709/20-7	485.719/20-4
<b>0 A 18 ANOS</b>	R\$ 84,46	R\$ 156,92	R\$ 223,60	R\$ 112,64	R\$ 203,86	R\$ 294,04
<b>19 A 23 ANOS</b>	R\$ 111,74	R\$ 207,13	R\$ 295,15	R\$ 149,02	R\$ 269,10	R\$ 388,13
<b>24 A 28 ANOS</b>	R\$ 127,61	R\$ 238,21	R\$ 339,42	R\$ 170,18	R\$ 309,46	R\$ 446,35
<b>29 A 33 ANOS</b>	R\$ 142,54	R\$ 266,79	R\$ 380,16	R\$ 190,10	R\$ 346,60	R\$ 499,92
<b>34 A 38 ANOS</b>	R\$ 150,09	R\$ 280,13	R\$ 399,17	R\$ 200,17	R\$ 363,92	R\$ 524,91
<b>39 A 43 ANOS</b>	R\$ 168,70	R\$ 316,54	R\$ 451,06	R\$ 225,00	R\$ 411,23	R\$ 593,15
<b>44 A 48 ANOS</b>	R\$ 206,66	R\$ 386,19	R\$ 550,30	R\$ 275,62	R\$ 501,71	R\$ 723,64
<b>49 A 53 ANOS</b>	R\$ 287,26	R\$ 532,94	R\$ 759,41	R\$ 383,12	R\$ 692,36	R\$ 998,62
<b>54 A 58 ANOS</b>	R\$ 387,80	R\$ 719,46	R\$ 1.025,21	R\$ 517,21	R\$ 934,68	R\$ 1.348,14
<b>59 ANOS OU +</b>	R\$ 504,13	R\$ 935,30	R\$ 1.332,77	R\$ 672,37	R\$ 1.215,09	R\$ 1.752,58

TABELA SEM ODONTO

# TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	35% Limitado a R\$ 26,01	Isento
Consultas de Urgência	35% Limitado a R\$ 36,41	Isento
Exames Simples	35% Limitado a R\$ 20,81	Isento
Exames Complexos	35% Limitado a R\$ 78,03	Isento
Terapias	50% Limitado a R\$ 63,67	50% Limitado a R\$ 63,67
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.

- Cópia do Contrato Social ou Firma Individual (MEI ou Requerimento de Empresário, com nº do CNPJ) + Declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

## **ANSPM - 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\$ 3,50 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 238 (485.727/20-5): RN – Natal e São Gonçalo do Amarante.  
NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174 (485.709/20-7) e NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196  
(485.719/20-4): RN - Natal.

## 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
<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.