

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA PARAUAPEBAS



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 MUN CC QC 210	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 170	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 192	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 210	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 170	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 192
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	485.755/20-1	485.705/20-4	485.716/20-0	485.755/20-1	485.705/20-4	485.716/20-0
0 A 18 ANOS	R\$ 107,58	R\$ 211,88	R\$ 307,49	R\$ 167,62	R\$ 277,75	R\$ 406,27
19 A 23 ANOS	R\$ 141,30	R\$ 273,06	R\$ 399,26	R\$ 220,74	R\$ 360,02	R\$ 529,65
24 A 28 ANOS	R\$ 160,92	R\$ 310,92	R\$ 456,05	R\$ 251,64	R\$ 410,92	R\$ 606,00
29 A 33 ANOS	R\$ 179,37	R\$ 345,75	R\$ 508,30	R\$ 280,70	R\$ 457,74	R\$ 676,24
34 A 38 ANOS	R\$ 188,71	R\$ 362,01	R\$ 532,68	R\$ 295,42	R\$ 479,59	R\$ 709,02
39 A 43 ANOS	R\$ 211,71	R\$ 406,38	R\$ 599,24	R\$ 331,65	R\$ 539,25	R\$ 798,51
44 A 48 ANOS	R\$ 258,63	R\$ 491,22	R\$ 726,53	R\$ 405,57	R\$ 653,33	R\$ 969,64
49 A 53 ANOS	R\$ 358,27	R\$ 670,03	R\$ 994,75	R\$ 562,50	R\$ 893,74	R\$ 1.330,24
54 A 58 ANOS	R\$ 482,55	R\$ 897,31	R\$ 1.335,68	R\$ 758,27	R\$ 1.199,31	R\$ 1.788,59
59 ANOS OU +	R\$ 626,37	R\$ 1.160,30	R\$ 1.730,19	R\$ 984,80	R\$ 1.552,90	R\$ 2.318,97

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

PRODUTO	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 210	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 170	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 192	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 210	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 170	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 192
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	485.755/20-1	485.705/20-4	485.716/20-0	485.755/20-1	485.705/20-4	485.716/20-0
0 A 18 ANOS	R\$ 108,46	R\$ 212,76	R\$ 308,37	R\$ 168,50	R\$ 278,63	R\$ 407,15
19 A 23 ANOS	R\$ 143,49	R\$ 280,84	R\$ 407,04	R\$ 222,93	R\$ 367,80	R\$ 537,43
24 A 28 ANOS	R\$ 163,86	R\$ 305,37	R\$ 468,10	R\$ 254,58	R\$ 422,96	R\$ 618,05
29 A 33 ANOS	R\$ 183,04	R\$ 361,72	R\$ 524,27	R\$ 284,37	R\$ 473,72	R\$ 692,22
34 A 38 ANOS	R\$ 192,74	R\$ 379,81	R\$ 550,48	R\$ 299,45	R\$ 497,41	R\$ 726,83
39 A 43 ANOS	R\$ 216,64	R\$ 429,18	R\$ 622,05	R\$ 336,57	R\$ 562,07	R\$ 821,31
44 A 48 ANOS	R\$ 265,38	R\$ 523,61	R\$ 758,89	R\$ 412,31	R\$ 685,73	R\$ 1.002,00
49 A 53 ANOS	R\$ 368,88	R\$ 722,58	R\$ 1.047,27	R\$ 573,11	R\$ 946,31	R\$ 1.382,76
54 A 58 ANOS	R\$ 497,98	R\$ 975,48	R\$ 1.413,82	R\$ 773,70	R\$ 1.277,51	R\$ 1.866,73
59 ANOS OU +	R\$ 647,38	R\$ 1.268,12	R\$ 1.837,96	R\$ 1.005,80	R\$ 1.660,77	R\$ 2.426,74

TABELA 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

PA - Parauapebas.

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
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.