

# MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA  
UBERLÂNDIA



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 RN1 38	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 062	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 057	NOSSO PLANO A CA MUN CC RN1 38	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 062	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 057
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	485.922/20-7	487.724/20-1	487.723/20-3	485.922/20-7	487.724/20-1	487.723/20-3
0 A 18 ANOS	R\$ 128,59	R\$ 180,63	R\$ 237,20	R\$ 190,67	R\$ 253,91	R\$ 336,09
19 A 23 ANOS	R\$ 169,22	R\$ 232,33	R\$ 307,00	R\$ 251,35	R\$ 329,06	R\$ 437,54
24 A 28 ANOS	R\$ 192,84	R\$ 264,32	R\$ 350,19	R\$ 286,65	R\$ 375,56	R\$ 500,31
29 A 33 ANOS	R\$ 215,08	R\$ 293,74	R\$ 389,92	R\$ 319,86	R\$ 418,33	R\$ 558,05
34 A 38 ANOS	R\$ 226,34	R\$ 307,48	R\$ 408,46	R\$ 336,67	R\$ 438,30	R\$ 585,00
39 A 43 ANOS	R\$ 254,06	R\$ 344,98	R\$ 459,09	R\$ 378,07	R\$ 492,80	R\$ 658,57
44 A 48 ANOS	R\$ 310,59	R\$ 416,68	R\$ 555,90	R\$ 462,51	R\$ 597,02	R\$ 799,26
49 A 53 ANOS	R\$ 430,63	R\$ 567,78	R\$ 759,90	R\$ 641,80	R\$ 819,28	R\$ 1.095,73
54 A 58 ANOS	R\$ 580,37	R\$ 759,83	R\$ 1.019,19	R\$ 865,45	R\$ 1.095,79	R\$ 1.472,57
59 ANOS OU +	R\$ 753,64	R\$ 982,05	R\$ 1.319,23	R\$ 1.124,25	R\$ 1.418,82	R\$ 1.908,61

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

PRODUTO	NOSSO PLANO A CA MUN CC RN1 38	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 062	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 057	NOSSO PLANO A CA MUN CC RN1 38	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 062	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 057
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	485.922/20-7	487.724/20-1	487.723/20-3	485.922/20-7	487.724/20-1	487.723/20-3
0 A 18 ANOS	R\$ 129,47	R\$ 181,51	R\$ 238,08	R\$ 191,55	R\$ 254,79	R\$ 336,97
19 A 23 ANOS	R\$ 171,28	R\$ 239,59	R\$ 314,26	R\$ 253,42	R\$ 336,32	R\$ 444,80
24 A 28 ANOS	R\$ 195,61	R\$ 275,53	R\$ 361,40	R\$ 289,41	R\$ 386,77	R\$ 511,52
29 A 33 ANOS	R\$ 218,50	R\$ 308,59	R\$ 404,76	R\$ 323,27	R\$ 433,18	R\$ 572,90
34 A 38 ANOS	R\$ 230,08	R\$ 324,02	R\$ 425,00	R\$ 340,40	R\$ 454,84	R\$ 601,54
39 A 43 ANOS	R\$ 258,61	R\$ 366,14	R\$ 480,25	R\$ 382,62	R\$ 513,96	R\$ 679,74
44 A 48 ANOS	R\$ 316,79	R\$ 446,70	R\$ 585,90	R\$ 468,71	R\$ 627,04	R\$ 829,28
49 A 53 ANOS	R\$ 440,34	R\$ 616,44	R\$ 808,54	R\$ 651,50	R\$ 865,31	R\$ 1.144,40
54 A 58 ANOS	R\$ 594,47	R\$ 832,20	R\$ 1.091,53	R\$ 879,52	R\$ 1.168,17	R\$ 1.544,95
59 ANOS OU +	R\$ 772,81	R\$ 1.081,85	R\$ 1.418,99	R\$ 1.143,38	R\$ 1.518,62	R\$ 2.008,43

TABELA SEM ODONTO

# TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	50% Limitado a R\$ 35,34	Iseto
Consultas de Urgência	50% Limitado a R\$ 42,40	Iseto
Exames Simples	50% Limitado a R\$ 14,14	Iseto
Exames Complexos	50% Limitado a R\$ 70,67	Iseto
Terapias	50% Limitado a R\$ 63,67	50% Limitado a R\$ 63,67
Internações	Iseto	Iseto

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.

## **SINET-UFU**

**Para os profissionais da categoria profissional dos técnicos administrativos em Instituições Federais de Ensino Superior, dos Empregados Públicos da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares de Ensino Superior de Uberlândia e nos Campos Avançados, que comprovem o vínculo com o sindicato, excluindo os demais que não estiverem descritos no Estatuto Social.**

- Nomeação, Holerite, Contrato de trabalho e Carteira de trabalho.

Sem Taxa.

# ÁREA DE ABRANGÊNCIA

MG - Uberaba e Uberlândia.

## 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).	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; 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.