

# MANUAL DO CORRETOR

## PME HAPVIDA NDI PARAUAPEBAS



ANS - nº 42.025-5



ANS nº 368253



ANS nº 359017

# PLANO DE SAÚDE HAPVIDA PME

**CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - ALTER EMPRESAS**

**Administradora de benefícios/contratante**

Alter Administradora de Benefícios Ltda.

Ambulatorial ou ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação total ou parcial  
+ odontológico (opcional).

**Todas as coberturas da lei nº 9.656/98**

# TABELA

| PRODUTO        | NOSSO PLANO A CE GM CC 02PA 111 | NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC 02PA 114 | NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC 02PA 115 | NOSSO PLANO A CE GM CC 02PA 111 | NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC 02PA 114 | NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC 02PA 115 |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 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     | 484.784/20-9                    | 484.787/20-3                          | 484.788/20-1                          | 484.784/20-9                    | 484.787/20-3                          | 484.788/20-1                          |
| 0 A 18 ANOS    | R\$ 111,70                      | R\$ 188,73                            | R\$ 282,32                            | R\$ 153,00                      | R\$ 258,92                            | R\$ 387,58                            |
| 19 A 23 ANOS   | R\$ 125,11                      | R\$ 211,38                            | R\$ 316,21                            | R\$ 171,36                      | R\$ 289,99                            | R\$ 434,08                            |
| 24 A 28 ANOS   | R\$ 140,12                      | R\$ 236,74                            | R\$ 354,15                            | R\$ 191,92                      | R\$ 324,79                            | R\$ 486,17                            |
| 29 A 33 ANOS   | R\$ 161,14                      | R\$ 272,25                            | R\$ 407,27                            | R\$ 220,71                      | R\$ 373,51                            | R\$ 559,09                            |
| 34 A 38 ANOS   | R\$ 185,31                      | R\$ 313,09                            | R\$ 468,36                            | R\$ 253,82                      | R\$ 429,53                            | R\$ 642,96                            |
| 39 A 43 ANOS   | R\$ 220,52                      | R\$ 372,57                            | R\$ 557,35                            | R\$ 302,04                      | R\$ 511,15                            | R\$ 765,11                            |
| 44 A 48 ANOS   | R\$ 275,66                      | R\$ 465,72                            | R\$ 696,69                            | R\$ 377,56                      | R\$ 638,94                            | R\$ 956,39                            |
| 49 A 53 ANOS   | R\$ 344,57                      | R\$ 582,15                            | R\$ 870,86                            | R\$ 471,95                      | R\$ 798,67                            | R\$ 1.195,49                          |
| 54 A 58 ANOS   | R\$ 585,76                      | R\$ 989,66                            | R\$ 1.480,46                          | R\$ 802,33                      | R\$ 1.357,74                          | R\$ 2.032,33                          |
| 59 ANOS OU +   | R\$ 656,05                      | R\$ 1.108,41                          | R\$ 1.658,12                          | R\$ 898,60                      | R\$ 1.520,67                          | R\$ 2.276,21                          |

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,74

## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS         | COPARTICIPAÇÃO TOTAL      | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL   |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Consultas Eletivas    | Valor Fixo R\$ 38,54      | Isento                   |
| Consultas de Urgência | Valor Fixo R\$ 62,79      | Isento                   |
| Exames Simples        | 30% Limitado a R\$ 42,81  | Isento                   |
| Exames Complexos      | 30% Limitado a R\$ 128,45 | Isento                   |
| Terapias              | 50% Limitado a R\$ 64,30  | 50% Limitado a R\$ 64,30 |
| Internações           | Isento                    | Isento                   |

Obs: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

# VANTAGENS

## PARA EMPRESA

- Não necessita pagar integralmente ou parte o plano de saúde, pois o pagamento é feito pelo(a) beneficiário(a) titular.
- Não tem nenhuma responsabilidade (conferência de fatura, desconto em folha, pagamento, etc.), pois a cobrança será direta ao(à) beneficiário(a) titular.
- Aumento da produtividade, redução do absenteísmo e maior satisfação do funcionário com a empresa.
- Não é necessário formar um grupo mínimo para adesão ao plano, ou seja, podem entrar quantos funcionário(a)s desejarem.

## PARA FUNCIONÁRIO (TITULAR)

- Oportunidade de adquirir um plano de saúde com custo significativamente inferior ao de mercado (plano individual).
- Oportunidade de garantir a saúde, melhorar a qualidade de vida, aumentar a produtividade gerando maior chance de empregabilidade.

# EMPRESAS QUE PODEM ADERIR

-EMPRESAS DE TODOS OS TAMANHOS, DESDE QUE:

- a) Estejam ativas na Receita Federal, independente da data de abertura, exceto MEI, que precisa estar ativo por mais de 6 meses (de acordo com a RN 557. art.9 da ANS) na data de assinatura do Termo de Adesão Alter.
- b) O TERMO DE ADESÃO ALTER e documentos necessários tenham sido recebidos e aprovados, respeitados os prazos do quadro no verso.
- c) Não tenham contrato ativo no Hapvida.

# QUEM PODE ADERIR

Poderão aderir a este produto: sócios, funcionários, administradores de empresa (estatutários), trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes das empresas.

# DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

## EMPRESA

- Cópia do Contrato Social ou Requerimento Empresarial ou Declaração de Firma Individual (MEI);
- Para inclusões acima de 14 funcionários, enviar GFIP completa;
- Cópia do Cartão CNPJ;
- Cópia do RG e CPF ou CNH do sócio;
- Termo de Adesão Affix.
- Para inclusões acima de 29 beneficiários, enviar GFIP completa assinada pelo sócio, independente da inclusão de todos os funcionários.

## TITULAR SÓCIO

- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Cópia do contrato social ou requerimento de empresário ou declaração de firma individual (MEI).
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

## ADMINISTRADORES DA EMPRESA (ESTATUTÁRIOS)

- Comprovante de vínculo por procuração ou Contrato Social;
- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

## TITULAR FUNCIONÁRIO, ESTAGIÁRIOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS E MENORES APRENDIZES

- Cópia do último contracheque ou cópia da última Guia do FGTS paga (GFIP) ou cópia da carteira profissional com as páginas da foto e do registro, tendo até 90 dias de contratado;
- Cópia de RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

## DEPENDENTES

### Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento;
- Cópia do RG e CPF.

### Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a) e do titular, endereço, tempo de convívio, assinatura de 02 (duas) testemunhas com reconhecimento de firma do titular e do(a) companheiro(a), ou escritura pública de união estável ou outros documentos diversos dos citados anteriormente, indicados pela Hapvida, que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável.
- Cópia do RG e CPF.

### Filho(a) até 21 anos ou 24 anos e 10 meses, se universitário

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Vínculo universitário (idade entre 22 a 24 anos).

### Filho(a) Inválido(a)

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

### Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.

# INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, afim de comprovar as informações prestadas na Proposta.
- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da Operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- A venda será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno anterior há 90 (noventa) dias do cancelamento.
- **Taxa de Angariação:** a Affix não interfere no valor da taxa de angariação acordada entre o corretor e o beneficiário, podendo esta taxa ser livremente negociada, desde que: o valor seja inferior ao valor da mensalidade, bem como que esta taxa não se confunde com a mensalidade e o início de vigência do plano. Oriente adequadamente seu beneficiário.

# ÁREA DE ABRANGÊNCIA

PA - Belém e Parauapebas.

## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: FEVEREIRO 2025.



# CARÊNCIAS CONTRATUAIS

## CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

### PLANO DE SAÚDE

| PROCEDIMENTOS NORMAIS  | CARÊNCIA CONTRATUAL | 1ª INCLUSÃO COM 2 A 29 VIDAS | 1ª INCLUSÃO ACIMA DE 30 VIDAS |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Urgência / Emergência  | 24 horas            | 24 horas                     | 24 horas                      |
| Consultas e exames simples (laboratoriais e Raio-X sem contraste)  | 30 dias             | 24 horas                     | Imediato                      |
| Exames cardiológicos simples (exceto PAC); exames oftalmológicos (exceto PAC); exames de otorrino simples (exceto PAC); exames de Raio-X contrastados (exceto PAC); exames de ultrassonografia (exceto PAC).                       | 90 dias             | 90 dias                      | Imediato                      |
| 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            | 180 dias                     | Imediato                      |
| Internação hospitalar clínica e cirúrgica, demais procedimentos relacionados a exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais (exceto parto e CPT).   | 180 dias            | 180 dias                     | Imediato                      |
| Parto  | 300 dias            | 300 dias                     | Imediato                      |
| Internações e tratamentos de doenças e lesões preexistentes.   | 24 meses            | 24 meses                     | 24 meses                      |

### PLANO ODONTOLÓGICO

| PROCEDIMENTOS  | CARÊNCIAS CONTRATUAIS |
|--|-----------------------|
| Atendimentos de urgência/emergência.                               | 24 horas              |
| Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações). | 60 dias               |
| Demais procedimentos.  | 180 dias              |