

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA NDI  
RECIFE



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 JN 090 | NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 | NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 | NOSSO PLANO A CE GM JN 090 | NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 | NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 |
|----------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 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     | 484.248/19-1               | 484.252/19-9                     | 484.251/19-1                     | 484.248/19-1               | 484.252/19-9                     | 484.251/19-1                     |
| 0 A 18 ANOS    | R\$ 157,79                 | R\$ 212,22                       | R\$ 304,02                       | R\$ 192,92                 | R\$ 251,74                       | R\$ 376,89                       |
| 19 A 23 ANOS   | R\$ 176,72                 | R\$ 237,69                       | R\$ 340,49                       | R\$ 216,07                 | R\$ 281,95                       | R\$ 422,11                       |
| 24 A 28 ANOS   | R\$ 197,93                 | R\$ 266,21                       | R\$ 381,35                       | R\$ 241,99                 | R\$ 315,78                       | R\$ 472,76                       |
| 29 A 33 ANOS   | R\$ 227,63                 | R\$ 306,14                       | R\$ 438,55                       | R\$ 278,29                 | R\$ 363,14                       | R\$ 543,68                       |
| 34 A 38 ANOS   | R\$ 261,77                 | R\$ 352,06                       | R\$ 504,34                       | R\$ 320,04                 | R\$ 417,62                       | R\$ 625,23                       |
| 39 A 43 ANOS   | R\$ 311,51                 | R\$ 418,96                       | R\$ 600,17                       | R\$ 380,85                 | R\$ 496,97                       | R\$ 744,03                       |
| 44 A 48 ANOS   | R\$ 389,39                 | R\$ 523,70                       | R\$ 750,21                       | R\$ 476,06                 | R\$ 621,21                       | R\$ 930,04                       |
| 49 A 53 ANOS   | R\$ 486,74                 | R\$ 654,62                       | R\$ 937,76                       | R\$ 595,08                 | R\$ 776,52                       | R\$ 1.162,55                     |
| 54 A 58 ANOS   | R\$ 827,46                 | R\$ 1.112,85                     | R\$ 1.594,20                     | R\$ 1.011,63               | R\$ 1.320,08                     | R\$ 1.976,33                     |
| 59 ANOS OU +   | R\$ 926,76                 | R\$ 1.246,39                     | R\$ 1.785,51                     | R\$ 1.133,03               | R\$ 1.478,49                     | R\$ 2.213,49                     |

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,42

## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS         | COPARTICIPAÇÃO TOTAL     | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL   |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Consultas Eletivas    | 20% Limitado a R\$ 17,31 | Isento                   |
| Consultas de Urgência | 20% Limitado a R\$ 28,85 | Isento                   |
| Exames Simples        | 20% Limitado a R\$ 17,31 | Isento                   |
| Exames Complexos      | 20% Limitado a R\$ 68,18 | 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

NOSSO PLANO A CE GM JN 090 (484.248/19-1): PE – Cabo de Santo Agostinho, Goiana, Olinda, Paulista e Recife.  
NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 (484.252/19-9) e NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 (484.251/19-1):  
PE - Cabo de Santo Agostinho e Recife.

## 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              |