MANUAL
DO CORRETOR

HAPVIDA
CAMAÇARI

ALTER BENEFÍCIOS

ANS - nº 42.025-5

hapvida

ANS nº 368253

NotreDame Intermédica

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 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224
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	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
0 A 18 ANOS	R$ 115,93	R$ 187,38	R$ 279,46	R$ 180,70	R$ 228,00	R$ 340,39
19 A 23 ANOS	R$ 152,34	R$ 246,31	R$ 367,86	R$ 238,03	R$ 299,93	R$ 448,29
24 A 28 ANOS	R$ 173,51	R$ 282,78	R$ 422,56	R$ 271,37	R$ 344,44	R$ 515,06
29 A 33 ANOS	R$ 193,43	R$ 316,32	R$ 472,88	R$ 302,75	R$ 385,39	R$ 576,48
34 A 38 ANOS	R$ 203,52	R$ 331,98	R$ 496,36	R$ 318,62	R$ 404,49	R$ 605,14
39 A 43 ANOS	R$ 228,35	R$ 374,72	R$ 560,47	R$ 357,73	R$ 456,66	R$ 683,39
44 A 48 ANOS	R$ 279,00	R$ 456,46	R$ 683,07	R$ 437,49	R$ 556,42	R$ 833,03
49 A 53 ANOS	R$ 386,57	R$ 628,69	R$ 941,42	R$ 606,87	R$ 766,63	R$ 1.148,36
54 A 58 ANOS	R$ 520,74	R$ 847,61	R$ 1.269,80	R$ 818,14	R$ 1.033,82	R$ 1.549,16
59 ANOS OU +	R$ 676,00	R$ 1.100,92	R$ 1.649,77	R$ 1.062,63	R$ 1.343,01	R$ 2.012,95

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 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224
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	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
0 A 18 ANOS	R$ 116,81	R$ 188,26	R$ 280,34	R$ 181,58	R$ 228,88	R$ 341,27
19 A 23 ANOS	R$ 154,55	R$ 248,50	R$ 370,05	R$ 240,23	R$ 302,12	R$ 450,48
24 A 28 ANOS	R$ 176,49	R$ 285,78	R$ 425,56	R$ 274,34	R$ 347,44	R$ 518,06
29 A 33 ANOS	R$ 197,15	R$ 320,07	R$ 476,63	R$ 306,43	R$ 371,54	R$ 580,22
34 A 38 ANOS	R$ 207,59	R$ 336,08	R$ 500,46	R$ 322,68	R$ 408,59	R$ 609,23
39 A 43 ANOS	R$ 233,33	R$ 379,77	R$ 565,51	R$ 362,69	R$ 461,71	R$ 688,43
44 A 48 ANOS	R$ 285,83	R$ 463,32	R$ 689,93	R$ 444,29	R$ 563,29	R$ 839,89
49 A 53 ANOS	R$ 397,31	R$ 639,38	R$ 952,10	R$ 617,57	R$ 777,34	R$ 1.159,05
54 A 58 ANOS	R$ 536,37	R$ 863,17	R$ 1.285,34	R$ 833,71	R$ 1.049,41	R$ 1.564,72
59 ANOS OU +	R$ 697,28	R$ 1.122,11	R$ 1.670,94	R$ 1.083,83	R$ 1.364,23	R$ 2.034,14

TABELA SEM ODONTO

TABELA
DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R$ 21,22	Isento
Consultas de Urgência	Valor fixo R$ 37,13	Isento
Exames Simples	30% Limitado a R$ 10,61	Isento
Exames Complexos	30% Limitado a R$ 53,04	Isento
Terapias	50% Limitado a R$ 64,92	50% Limitado a R$ 64,92
Internações	Isento	Isento

Obs: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

BA – Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador.

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, clinica, 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; 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.