

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA
FORTALEZA
COAPH



40%

DESCONTO
NA PRIMEIRA
MENSALIDADE*



ANS - nº 42.025-5



ANS - nº 36.025-3





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



COPARTICIPAÇÃO		TOTAL		PARCIAL	
PLANO		NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225
SEGMENTAÇÃO		Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst
ABRANGÊNCIA		Grupo de Municípios		Grupo de Municípios	
ACOMODAÇÃO		Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS		485.702/20-0	485.713/20-5	485.702/20-0	485.713/20-5
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R\$ 158,20	R\$ 226,92	R\$ 192,56	R\$ 278,47
	19 a 23	R\$ 202,18	R\$ 292,89	R\$ 247,54	R\$ 360,93
	24 a 28	R\$ 229,39	R\$ 333,71	R\$ 281,56	R\$ 411,96
	29 a 33	R\$ 254,43	R\$ 371,27	R\$ 312,85	R\$ 458,89
	34 a 38	R\$ 266,11	R\$ 388,80	R\$ 327,46	R\$ 480,80
	39 a 43	R\$ 298,01	R\$ 436,65	R\$ 367,33	R\$ 540,60
	44 a 48	R\$ 359,01	R\$ 528,14	R\$ 443,57	R\$ 654,97
	49 a 53	R\$ 487,54	R\$ 720,95	R\$ 604,24	R\$ 895,96
	54 a 58	R\$ 650,91	R\$ 966,01	R\$ 808,47	R\$ 1.202,28
	+ de 59	R\$ 839,95	R\$ 1.249,59	R\$ 1.044,78	R\$ 1.556,74
ODONTO PREMIUM ADESAO - 476.835/16-3					

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 23,53	-
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 40,39	-
Exames Simples	40% limitando a R\$42,40	-
Exames Complexos	40% limitando a R\$106,00	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 22,47	Valor fixo R\$ 22,47

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

QUEM PODE ADERIR

COAPH - COOPERATIVA DE TRABALHO DE ATENDIMENTO PRÉ E HOSPITALAR LTDA

Profissionais atuantes na categoria médica ou de qualquer categoria profissional exercida no âmbito da saúde tais como: enfermagem, técnico em enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, serviços sociais, farmacêutico, bioquímico, farmacêutico hospitalar, técnico e auxiliar de laboratório, auxiliar de farmácia, auxiliar de nutrição, técnico de segurança do trabalho, auxiliar de traumatologia, técnico em radiologia, odontologia, auxiliar operacional de serviço de saúde entre outros que se adequem ao perfil de atendimento à saúde, educador físico, serviço social e médico veterinário entre outros que se adequem ao perfil de atendimento à saúde.

- Comprovação do exercício da atividade + ficha associativa devidamente assinada.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do Cartão do associado;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias);
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

DEPENDENTES

Cônjuge

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

Companheiro(a)

- Cópia do RG e CPF;
- 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, ou escritura pública de união estável que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável.

Filhos naturais, adotivos e enteados solteiros, até 24 anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;

Filhos(as) com invalidez permanente

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Tutelados (as) / curatelados (as), menor sob guarda até 21 (vinte e um) anos incompletos (20 anos, 11 meses e 29 dias) de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.

Pai e mãe

- Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.

Avô e Avó

- Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento do titular ou do cônjuge do titular.

Irmão(ã)

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.

Tio(a)

- Cópia do RG ou CNH.
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento.
- Cópia do CPF.
- Certidão de Casamento dos pais do titular ou dos pais do cônjuge do titular.

Sobrinho(a)

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.
- Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.

Neto(a)

- Cópia da Certidão de N>
- Cópia do CPF.
- Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.

ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

CE: Fortaleza, Aquiraz, Caucaia e Eusébio.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

NOSSO PLANO A CA GM CC QC 234 (485.722/20-4): Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Pacajus e São Gonçalo do Amarante.

NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219 (485.702/20-0) E NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225 (485.713/20-5): Fortaleza, Juazeiro do Norte e Maracanaú.

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 as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **JUNHO 2026.**
- Cópias dos documentos anexados à proposta de adesão deverão estar legíveis.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta do beneficiário titular ao contrato coletivo.
- A venda será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno de 90 (noventa) dias do cancelamento.
- Em caso de titulares menores, os responsáveis pela assinatura da proposta devem ser: pai, mãe, responsável legal ou terceiros. Documentação necessária: RG; CPF e Carta ou Termo assinado assumindo a responsabilidade financeira.
- Taxa de Angariação: a Alter 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.

VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01
Dia 10	Todo dia 10
Dia 20	Todo dia 20

CARÊNCIAS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PLANO SAÚDE

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS CONTRATUAIS	CARÊNCIAS PROMOCIONAIS	CARÊNCIAS COAPH
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	24 horas	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	Isento	Isento
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 Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	90 dias	90 dias	30 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: Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica.	180 dias	180 dias	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: Internação obstétrica; Internações em leitos de alta complexidade, Cirurgias ambulatoriais; 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	180 dias	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	180 dias	180 dias
Cobertura de Parto a Termo.	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária: CPT.	24 meses	24 meses	24 meses

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	CARÊNCIAS ODONTO
Urgência e emergência	24 horas
Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações)	60 dias
Demais casos	180 dias