

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA
FORTALEZA



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 GM CC QC 234 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225 | NOSSO PLANO A CA GM CC QC 234 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225 |
|----------------|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|
| 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 | 485.722/20-4 | 485.702/20-0 | 485.713/20-5 | 485.722/20-4 | 485.702/20-0 | 485.713/20-5 |
| 0 A 18 ANOS | R\$ 97,39 | R\$ 204,28 | R\$ 296,68 | R\$ 151,56 | R\$ 271,63 | R\$ 397,71 |
| 19 A 23 ANOS | R\$ 127,86 | R\$ 263,42 | R\$ 385,39 | R\$ 199,52 | R\$ 352,32 | R\$ 518,73 |
| 24 A 28 ANOS | R\$ 145,57 | R\$ 300,01 | R\$ 440,83 | R\$ 227,42 | R\$ 402,24 | R\$ 593,62 |
| 29 A 33 ANOS | R\$ 162,24 | R\$ 333,67 | R\$ 490,77 | R\$ 253,67 | R\$ 448,17 | R\$ 662,52 |
| 34 A 38 ANOS | R\$ 170,68 | R\$ 349,38 | R\$ 514,33 | R\$ 266,95 | R\$ 469,60 | R\$ 694,67 |
| 39 A 43 ANOS | R\$ 191,46 | R\$ 392,26 | R\$ 578,66 | R\$ 299,67 | R\$ 528,11 | R\$ 782,44 |
| 44 A 48 ANOS | R\$ 233,85 | R\$ 474,27 | R\$ 701,68 | R\$ 366,40 | R\$ 640,02 | R\$ 950,29 |
| 49 A 53 ANOS | R\$ 323,85 | R\$ 647,08 | R\$ 960,91 | R\$ 508,09 | R\$ 875,81 | R\$ 1.304,00 |
| 54 A 58 ANOS | R\$ 436,12 | R\$ 866,74 | R\$ 1.290,41 | R\$ 684,85 | R\$ 1.175,52 | R\$ 1.753,58 |
| 59 ANOS OU + | R\$ 566,03 | R\$ 1.120,91 | R\$ 1.671,68 | R\$ 889,38 | R\$ 1.522,33 | R\$ 2.273,81 |

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 234 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225 | NOSSO PLANO A CA GM CC QC 234 | NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 219 | NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 225 |
|----------------|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|
| 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 | 485.722/20-4 | 485.702/20-0 | 485.713/20-5 | 485.722/20-4 | 485.702/20-0 | 485.713/20-5 |
| 0 A 18 ANOS | R\$ 98,27 | R\$ 205,16 | R\$ 297,56 | R\$ 152,44 | R\$ 272,51 | R\$ 398,59 |
| 19 A 23 ANOS | R\$ 130,01 | R\$ 270,81 | R\$ 392,78 | R\$ 201,68 | R\$ 359,71 | R\$ 526,13 |
| 24 A 28 ANOS | R\$ 148,47 | R\$ 311,43 | R\$ 451,70 | R\$ 230,31 | R\$ 413,66 | R\$ 605,05 |
| 29 A 33 ANOS | R\$ 165,84 | R\$ 348,81 | R\$ 505,89 | R\$ 257,26 | R\$ 463,30 | R\$ 677,66 |
| 34 A 38 ANOS | R\$ 174,64 | R\$ 366,25 | R\$ 531,19 | R\$ 270,89 | R\$ 486,46 | R\$ 711,54 |
| 39 A 43 ANOS | R\$ 196,29 | R\$ 413,86 | R\$ 600,24 | R\$ 304,48 | R\$ 549,70 | R\$ 804,04 |
| 44 A 48 ANOS | R\$ 240,46 | R\$ 504,90 | R\$ 732,29 | R\$ 372,99 | R\$ 670,64 | R\$ 980,93 |
| 49 A 53 ANOS | R\$ 334,24 | R\$ 696,77 | R\$ 1.010,57 | R\$ 518,45 | R\$ 925,48 | R\$ 1.353,68 |
| 54 A 58 ANOS | R\$ 451,23 | R\$ 940,63 | R\$ 1.364,26 | R\$ 699,91 | R\$ 1.249,40 | R\$ 1.827,46 |
| 59 ANOS OU + | R\$ 586,60 | R\$ 1.222,82 | R\$ 1.773,54 | R\$ 909,88 | R\$ 1.624,22 | R\$ 2.375,70 |

TABELA SEM ODONTO

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO TOTAL | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Consultas Eletivas | 25% Limitado a R\$ 21,00 | Isento |
| Consultas de Urgência | 25% Limitado a R\$ 31,50 | Isento |
| Exames Simples | 25% Limitado a R\$ 18,90 | Isento |
| Exames Complexos | 25% Limitado a R\$ 73,50 | Isento |
| Terapias | 50% Limitado a R\$ 64,26 | 50% Limitado a R\$ 64,26 |
| Internações | Isento | Isento |

Obs: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

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

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, 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 |
|--|-----------------|
| 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; N° de Registro da Operadora/Administradora; N° 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.