# MANUAL
## DO CORRETOR

## HAPVIDA
JOÃO PESSOA




Hapvida

ANS - nº 36.825-3

ALTER
BENEFÍCIOS

ANS - nº 42.025-5

# 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 A CA GM CC QC 236 | NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 171 | NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 193 | NOSSO PLANO A CA GM CC QC 236 | NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 171 | NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 193 |
| SEGMENTAÇÃO | | Ambulatorial | Amb +Hosp +Obst | Amb +Hosp +Obst | Ambulatorial | Amb +Hosp +Obst | Amb +Hosp +Obst |
| ABRANGÊNCIA | | Grupo Municípios | Municipal | Municipal | Grupo Municípios | Municipal | Municipal |
| ACOMODAÇÃO | | Indisponível | Enfermaria | Apartamento | Indisponível | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | | 485.742/20-9 | 485.737/20-2 | 485.740/20-2 | 485.742/20-9 | 485.737/20-2 | 485.740/20-2 |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 | R$ 119,68 | R$ 219,02 | R$ 326,97 | R$ 186,64 | R$ 304,29 | R$ 454,92 |
| | 19 a 23 | R$ 157,33 | R$ 288,11 | R$ 430,61 | R$ 245,92 | R$ 400,66 | R$ 599,49 |
| | 24 a 28 | R$ 179,24 | R$ 330,86 | R$ 494,74 | R$ 280,39 | R$ 460,29 | R$ 688,95 |
| | 29 a 33 | R$ 199,84 | R$ 370,20 | R$ 553,74 | R$ 312,84 | R$ 515,17 | R$ 771,26 |
| | 34 a 38 | R$ 210,26 | R$ 388,55 | R$ 581,27 | R$ 329,25 | R$ 540,77 | R$ 809,67 |
| | 39 a 43 | R$ 235,96 | R$ 438,66 | R$ 656,43 | R$ 369,70 | R$ 610,67 | R$ 914,51 |
| | 44 a 48 | R$ 288,34 | R$ 534,48 | R$ 800,17 | R$ 452,19 | R$ 744,33 | R$ 1.115,02 |
| | 49 a 53 | R$ 399,60 | R$ 736,41 | R$ 1.103,05 | R$ 627,33 | R$ 1.026,01 | R$ 1.537,56 |
| | 54 a 58 | R$ 538,37 | R$ 993,07 | R$ 1.488,03 | R$ 845,81 | R$ 1.384,03 | R$ 2.074,62 |
| | + de 59 | R$ 698,96 | R$ 1.290,07 | R$ 1.933,52 | R$ 1.098,63 | R$ 1.798,31 | R$ 2.696,08 |

| PLANO DE SAÚDE - SEGMENTAÇÃO | PLANO ODONTOLÓGICO VINCULADO |
|---|---|
| AMBULATORIAL, ENFERMARIA E APARTAMENTO | PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - ANS 485.365/20-2 |




TABELA SEM DESCONTO.
APLICAR CONDIÇÃO SOMENTE ATÉ AS VIGÊNCIAS DE DEZ/26.

# 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

**FETRABRAS - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS**

**Sócios torcedores do Clube de Regatas do Flamengo que sejam Profissionais Liberais, Profissionais Autônomos: lojistas, instituições financeiras, instituições de ensino, turismo, hotéis, locadoras, cabeleireiros, barbeiros, institutos de beleza, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, informática, imobiliárias, restaurantes, lanchonetes, bares, auto escola, cartórios, escritórios de advocacia, empresas gráficas, fotógrafos, funerárias, propaganda e marketing; industriais, tais como: transportadores, contabilistas, economistas, corretores de navios, de mercadorias e de imóveis, leiloeiros, despachantes de mercadorias, agentes de seguros e representantes do comércio.**

- Ficha associativa devidamente assinada e datada + **comprovação de sócio torcedor do Clube de Regatas do Flamengo.**

Taxa: R$ 10,00 por mês.

**ANSPM - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS**

**Sócios torcedores do Clube de Regatas do Flamengo que sejam Servidores Públicos, Municipais e Estaduais.**

- Termo de posse ou cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado + **comprovação de sócio torcedor do clube de Regatas do Flamengo.**

Taxa: R$ 10,00 por mês.

**FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES**

**Sócios torcedores do Clube de Regatas do Flamengo que sejam estudantes de ensino Infantil, fundamental, ensino médio, graduação e pós graduação do ensino superior do Brasil.**

**Serão aceitos beneficiários a partir de 5 anos de idade, desde que seja comprovada a elegibilidade.**

- Documento comprobatório da matrícula do estudante em instituições reconhecidas pelo MEC;

**Instituição de ensino particular:** apresentar mensalidade (recente) quitada OU declaração (eletrônica ou em papel timbrado com CNPJ - DEVIDAMENTE COMPROVADA) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo);

**Instituição de ensino público:** Apresentar declaração (eletrônica ou em papel timbrado – DEVIDAMENTE COMPROVADA) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada + **comprovação de sócio torcedor do clube de Regatas do Flamengo.**

Taxa: R$ 10,00 por mês.

**UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS**

**Sócios torcedores do Clube de Regatas do Flamengo que sejam Profissionais liberais: Administrador, Advogado, Análise de Sistemas, Anestesistas, Arquiteto, Assistente Social, Atuário, Audiovisual, Auxiliar de Enfermagem, Bibliotecário, Biólogo, Biomédico, Ciências da Computação, Cinema e Audiovisual, Cinema e Mídias Digitais, Comércio Exterior, Comunicação Organizacional, Comunicação Social, Contabilista, Corretor de imóveis, Corretor de Seguros, Design (Gráfico de Moda Interior), Economista, Educação Física, Educomunicação, Enfermeiros, Engenheiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Gastrônomo, Gestão Financeira, Fotógrafo, Jornalismo, Logístico, Marketing, Matemático, Médico, Nutricionista, Odontólogo, Produção Editorial, Produção em Comunicação e Cultura, Professor, Psicólogo, Psicoterapeuta, Publicidade e Propaganda, Químico, Radiologia, Recursos Humanos, Relações Públicas, Secretariado, Técnico Contabilista e Técnico de Enfermagem, Tecnologia da Informação, Turismo, TV e Internet e Veterinário.**

- Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado + **comprovação de sócio torcedor do clube de Regatas do Flamengo.**

Taxa: R$ 7,00 por mês.

**ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA**

**Sócios torcedores do Clube de Regatas do Flamengo que sejam funcionários do comércio e indústria.**

- Ficha associativa devidamente assinada e datada + **comprovação de sócio torcedor do clube de Regatas do Flamengo.**

Taxa: R$ 10,00 por mês.

**SINDATE - SINDICATO PROFISSIONAL DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO NORDESTE SETENTRIONAL**

**Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Pernambuco.**

Comprovação de exercício da atividade + Ficha associativa SINDATE devidamente assinada.

Taxa: R$ 13,00 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 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.

**Filhos (as) naturais, adotivos e enteados solteiros, até 24 (vinte e quatro) 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) inválidos de qualquer idade**
- 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) e o menor sob guarda até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos (20 anos, 11 meses e 29 dias) de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e 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 Nascimento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.
- Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.

# ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

PB: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo, Conde e Santa Rita.

# ÁREA DE ABRANGÊNCIA

**485.742/20-9 NOSSO PLANO A CA GM CC QC 236 –** PB: Campina Grande e João Pessoa.

**485.737/20-2 NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 171 –** PB: João Pessoa.

**485.740/20-2 NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 193 –** PB: João Pessoa.

# 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: **DEZEMBRO 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 até 90 (noventa) dias do cancelamento.
- A rede credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS. Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site: www.hapvida.com.br. A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.
- 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 |
|---|---|---|
| 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 |
| 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 | 24 horas |
| 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 | 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 | 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 |
| Cobertura de Parto a Termo. | 300 dias | 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 | CARÊNCIAS ODONTO |
|---|---|
| Urgência e emergência | 24 horas |
| Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações) | 60 dias |
| Demais casos | 180 dias |