

# MANUAL DO CORRETOR

**HAPVIDA**  
JUAZEIRO DO NORTE



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\$ 99,77	R\$ 209,26	R\$ 303,92	R\$ 155,22	R\$ 278,20	R\$ 407,34
19 A 23 ANOS	R\$ 130,97	R\$ 269,84	R\$ 394,78	R\$ 204,34	R\$ 360,84	R\$ 531,30
24 A 28 ANOS	R\$ 149,12	R\$ 307,32	R\$ 451,00	R\$ 232,92	R\$ 411,96	R\$ 608,00
29 A 33 ANOS	R\$ 166,21	R\$ 341,80	R\$ 502,73	R\$ 259,80	R\$ 459,00	R\$ 678,57
34 A 38 ANOS	R\$ 174,85	R\$ 357,90	R\$ 526,86	R\$ 273,41	R\$ 480,96	R\$ 711,50
39 A 43 ANOS	R\$ 196,13	R\$ 401,83	R\$ 592,76	R\$ 306,92	R\$ 540,88	R\$ 801,40
44 A 48 ANOS	R\$ 239,55	R\$ 485,83	R\$ 718,78	R\$ 375,27	R\$ 655,49	R\$ 973,32
49 A 53 ANOS	R\$ 331,75	R\$ 662,86	R\$ 984,32	R\$ 520,40	R\$ 896,98	R\$ 1.335,58
54 A 58 ANOS	R\$ 446,76	R\$ 887,88	R\$ 1.321,85	R\$ 701,43	R\$ 1.203,94	R\$ 1.796,05
59 ANOS OU +	R\$ 579,84	R\$ 1.148,25	R\$ 1.712,41	R\$ 910,91	R\$ 1.559,13	R\$ 2.328,88

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\$ 100,65	R\$ 210,14	R\$ 304,80	R\$ 156,10	R\$ 279,08	R\$ 408,22
19 A 23 ANOS	R\$ 133,15	R\$ 277,39	R\$ 402,34	R\$ 206,53	R\$ 368,39	R\$ 538,85
24 A 28 ANOS	R\$ 152,06	R\$ 319,00	R\$ 462,69	R\$ 235,86	R\$ 423,64	R\$ 619,68
29 A 33 ANOS	R\$ 169,86	R\$ 357,28	R\$ 518,21	R\$ 263,45	R\$ 474,48	R\$ 694,04
34 A 38 ANOS	R\$ 178,86	R\$ 375,14	R\$ 544,11	R\$ 277,42	R\$ 498,20	R\$ 728,74
39 A 43 ANOS	R\$ 201,04	R\$ 423,91	R\$ 614,85	R\$ 311,82	R\$ 562,97	R\$ 823,47
44 A 48 ANOS	R\$ 246,27	R\$ 517,18	R\$ 750,11	R\$ 381,98	R\$ 686,82	R\$ 1.004,63
49 A 53 ANOS	R\$ 342,31	R\$ 713,71	R\$ 1.035,15	R\$ 530,96	R\$ 947,81	R\$ 1.386,40
54 A 58 ANOS	R\$ 462,12	R\$ 963,50	R\$ 1.397,46	R\$ 716,80	R\$ 1.279,55	R\$ 1.871,64
59 ANOS OU +	R\$ 600,76	R\$ 1.252,56	R\$ 1.816,70	R\$ 931,83	R\$ 1.663,41	R\$ 2.433,13

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
<b>Urgência e emergência</b>	24 horas
<b>Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística</b> (restaurações)	60 dias
<b>Demais casos</b>	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.