MANUAL
DO CORRETOR

HAPVIDA
SERTÃOZINHO



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 AHO CA GM ENF CC SF 044	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 053	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 044	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 053
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		488.037/21-4	488.057/21-9	488.037/21-4	488.057/21-9
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R$ 190,90	R$ 241,34	R$ 297,06	R$ 379,29
	19 a 23	R$ 197,63	R$ 250,08	R$ 308,04	R$ 393,54
	24 a 28	R$ 197,63	R$ 250,08	R$ 308,04	R$ 393,54
	29 a 33	R$ 223,86	R$ 284,17	R$ 350,82	R$ 449,15
	34 a 38	R$ 254,03	R$ 323,39	R$ 400,02	R$ 513,11
	39 a 43	R$ 291,39	R$ 371,97	R$ 460,99	R$ 592,36
	44 a 48	R$ 436,41	R$ 560,51	R$ 697,61	R$ 899,91
	49 a 53	R$ 655,62	R$ 845,48	R$ 1.055,25	R$ 1.364,78
	54 a 58	R$ 734,53	R$ 948,08	R$ 1.184,00	R$ 1.532,12
	+ de 59	R$ 1.030,61	R$ 1.332,99	R$ 1.667,06	R$ 2.159,99

PLANO DE SAÚDE - SEGMENTAÇÃO	PLANO ODONTOLÓGICO VINCULADO
ENFERMARIA E APARTAMENTO	+ODONTO PREMIUM ADESÃO - ANS 476.835/16-3

15%
DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS MENSALIDADES

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$ 46,70	-
Consultas de Urgência	Valor fixo R$ 66,19	-
Exames Simples	40% limitado a R$ 55,16	-
Exames Complexos	40% limitado a R$ 134,83	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R$ 84,44	Valor fixo R$ 84,44
Demais Terapias	Valor fixo R$ 45,48	Valor fixo R$ 45,48

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.

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

SP: Sertãozinho, Barrinha, Pitangueiras e Pontal.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

488.037/21-4 NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC SF 044 - MS: Campo Grande e Dourados. SP: Araraquara, Barretos, Bauru, Franca, Lins, Ribeirão Preto, São Carlos e Sertãozinho.

488057219 NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC SF 053 - MS: Campo Grande e Dourados. SP: Araraquara, Barretos, Bauru, Franca, Lins, Ribeirão Preto, São Carlos e Sertãozinho.

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 2027.**
- 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