

# MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA  
TRÊS LAGOAS



**15%**

DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\*



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



**DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\***

| COPARTICIPAÇÃO                          |         | TOTAL                             |                                   | PARCIAL                           |                                   |
|-----------------------------------------|---------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PLANO                                   |         | PLENO<br>AHO CA GM ENF<br>CCF 541 | PLENO<br>AHO CA GM APT<br>CCF 540 | PLENO<br>AHO CA GM ENF<br>CCF 541 | PLENO<br>AHO CA GM APT<br>CCF 540 |
| 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                              |         | 499.015/24-3                      | 499.016/24-1                      | 499.015/24-3                      | 499.016/24-1                      |
| FAIXA ETÁRIA                            | 0 a 18  | R\$ 244,23                        | R\$ 311,62                        | R\$ 319,10                        | R\$ 408,97                        |
|                                         | 19 a 23 | R\$ 253,21                        | R\$ 323,30                        | R\$ 331,08                        | R\$ 424,53                        |
|                                         | 24 a 28 | R\$ 253,21                        | R\$ 323,30                        | R\$ 331,08                        | R\$ 424,53                        |
|                                         | 29 a 33 | R\$ 288,25                        | R\$ 368,85                        | R\$ 377,81                        | R\$ 485,27                        |
|                                         | 34 a 38 | R\$ 328,55                        | R\$ 421,25                        | R\$ 431,54                        | R\$ 555,13                        |
|                                         | 39 a 43 | R\$ 378,48                        | R\$ 486,16                        | R\$ 498,12                        | R\$ 641,68                        |
|                                         | 44 a 48 | R\$ 572,28                        | R\$ 738,10                        | R\$ 756,52                        | R\$ 977,60                        |
|                                         | 49 a 53 | R\$ 865,22                        | R\$ 1.118,90                      | R\$ 1.147,10                      | R\$ 1.485,35                      |
|                                         | 54 a 58 | R\$ 970,67                        | R\$ 1.255,99                      | R\$ 1.287,69                      | R\$ 1.668,12                      |
|                                         | + de 59 | R\$ 1.366,32                      | R\$ 1.770,33                      | R\$ 1.815,23                      | R\$ 2.353,91                      |
| PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - 485.365/20-2 |         |                                   |                                   |                                   |                                   |

| COPARTICIPAÇÃO    |         | TOTAL                             |                                   | PARCIAL                           |                                   |
|-------------------|---------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PLANO             |         | PLENO<br>AHO CA GM ENF<br>CCF 541 | PLENO<br>AHO CA GM APT<br>CCF 540 | PLENO<br>AHO CA GM ENF<br>CCF 541 | PLENO<br>AHO CA GM APT<br>CCF 540 |
| 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        |         | 499.015/24-3                      | 499.016/24-1                      | 499.015/24-3                      | 499.016/24-1                      |
| FAIXA ETÁRIA      | 0 a 18  | R\$ 245,36                        | R\$ 312,76                        | R\$ 320,24                        | R\$ 410,10                        |
|                   | 19 a 23 | R\$ 255,18                        | R\$ 325,26                        | R\$ 333,05                        | R\$ 426,51                        |
|                   | 24 a 28 | R\$ 255,18                        | R\$ 325,26                        | R\$ 333,05                        | R\$ 426,51                        |
|                   | 29 a 33 | R\$ 293,46                        | R\$ 374,06                        | R\$ 383,01                        | R\$ 490,49                        |
|                   | 34 a 38 | R\$ 337,47                        | R\$ 430,17                        | R\$ 440,46                        | R\$ 564,06                        |
|                   | 39 a 43 | R\$ 392,01                        | R\$ 499,68                        | R\$ 511,64                        | R\$ 655,22                        |
|                   | 44 a 48 | R\$ 603,70                        | R\$ 769,51                        | R\$ 787,93                        | R\$ 1.009,04                      |
|                   | 49 a 53 | R\$ 923,66                        | R\$ 1.177,36                      | R\$ 1.205,54                      | R\$ 1.543,82                      |
|                   | 54 a 58 | R\$ 1.038,85                      | R\$ 1.324,18                      | R\$ 1.355,87                      | R\$ 1.736,33                      |
|                   | + de 59 | R\$ 1.471,01                      | R\$ 1.875,04                      | R\$ 1.919,91                      | R\$ 2.458,65                      |
| TABELA SEM ODONTO |         |                                   |                                   |                                   |                                   |

# TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS                   | COPARTICIPAÇÃO TOTAL  | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Consultas Eletivas              | Valor fixo R\$ 37,10  | -                      |
| Consultas de Urgência           | Valor fixo R\$ 53,00  | -                      |
| Exames Simples                  | Valor fixo R\$ 15,90  | -                      |
| Exames Complexos                | Valor fixo R\$ 106,00 | -                      |
| Terapias Neurológicas Especiais | Valor fixo R\$ 68,90  | Valor fixo R\$ 68,90   |
| Demais Terapias                 | Valor fixo R\$ 37,10  | Valor fixo R\$ 37,10   |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

# QUEM PODE ADERIR

## **AFPU - ASSOCIAÇÃO DE APOIO E ASSISTÊNCIA AO FUNCIONALISMO PÚBLICO**

**Todos os servidores públicos: (Federal, Estadual e Municipal), Funcionários da Indústria e Funcionários do Comércio.**

- Termo de posse (para funcionários públicos), holerites, CTPS e contrato de trabalho.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

## **FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES**

**Estudantes, a partir de 5 anos, do ensino infantil, fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação do ensino superior, devidamente comprovado.**

- Comprovante de matrícula ou comprovante da mensalidade quitado ou declaração de escolaridade, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e assinado pela instituição (últimos 60 dias) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

## **FETRABRAS/FETRACESP - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS**

**Profissionais liberais e profissionais autônomos.**

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

## **ANSP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS**

**Todos os servidores públicos: Federal, Estadual e Municipal.**

- Cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

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

**Administrador, Advogado, Arquiteto, Assistente Social, Biólogo, Biomédico, Dentista, Contabilista, Economista, Educador Físico, Engenheiro, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Psicólogo 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.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

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

**Funcionários do comércio e indústria.**

- Ficha associativa devidamente assinada e datada.

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 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, netos e bisnetos, 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;
- Termo de adoção/guarda judicial.

### **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.

### **Pai e mãe**

- Cópia da Certidão de Casamento ou Cópia do RG/CNH do pai ou da mãe do titular ou do cônjuge do titular.

### **Avô e avó**

- Cópia da Certidão de Nascimento do titular ou do cônjuge do titular.

### **Irmão(ã)**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG/CNH do irmão ou irmã do titular ou do cônjuge do titular.

### **Tio(a)**

- Cópia da Certidão de Nascimento do titular ou do cônjuge do titular.

### **Sobrinho(a) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG/CNH do irmão(ã) e do sobrinho(a) do titular ou do cônjuge do titular.

### **Netos(as)**

- Cópia da Certidão de Nascimento do titular ou cópia do RG/CNH do neto(a) e do filho(a) do titular ou do cônjuge do titular.

### **Somente para entidade FNEL - Estudantes**

Para beneficiário titular, cuja contratação ocorra por meio de Entidade Estudantil, a partir de 5 anos de idade e menores de 17 anos de idade completos (17 anos, 11 meses e 29 dias) até a data da vigência da proposta de adesão do beneficiário, ficará facultada a inclusão como seus dependentes:

### **Pai e mãe**

- Cópia da Certidão de Casamento ou Cópia do RG/CNH do pai ou da mãe do titular ou do cônjuge do titular.

### **Irmão(a) sem limite de idade**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG/CNH do irmão ou irmã do titular ou do cônjuge do titular.

# ÁREA DE ABRANGÊNCIA

MT - Cuiabá e Rondonópolis.  
MS - Campo Grande, Dourados e Três Lagoas.

## 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: **SETEMBRO/2025**.
- 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 CONTRATUAIS

## CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

### PLANO SAÚDE

| PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CARÊNCIAS CONTRATUAIS | CARÊNCIA 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               | 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 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, 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              | 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         |