

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA  
BELÉM



**15%**  
**DESCONTO**  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES



ANS - nº 42.025-5



ANS - nº 36.825-3



# PLANO DE SAÚDE HAPVIDA PME

**CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - ALTER EMPRESAS**

**Administradora de benefícios/contratante**

Alter Administradora de Benefícios Ltda.

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia com coparticipação total ou parcial + odontológico (opcional).

**Todas as coberturas da lei nº 9.656/98**

# TABELA



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

| COPARTICIPAÇÃO                                                  |         | TOTAL                      |                                  |                                  | PARCIAL                    |                                  |                                  |
|-----------------------------------------------------------------|---------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| PLANO                                                           |         | NOSSO PLANO A CE GM JN 090 | NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 | NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 | NOSSO PLANO A CE GM JN 090 | NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 | NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 |
| SEGMENTAÇÃO                                                     |         | Ambulatorial               | Amb +Hosp +Obst                  | Amb +Hosp +Obst                  | Ambulatorial               | Amb +Hosp +Obst                  | Amb +Hosp +Obst                  |
| ABRANGÊNCIA                                                     |         | Grupo Municípios           |                                  |                                  | Grupo Municípios           |                                  |                                  |
| ACOMODAÇÃO                                                      |         | Indisponível               | Enfermaria                       | Apartamento                      | Indisponível               | Enfermaria                       | Apartamento                      |
| CÓDIGO ANS                                                      |         | 484.248/19-1               | 484.252/19-9                     | 484.251/19-1                     | 484.248/19-1               | 484.252/19-9                     | 484.251/19-1                     |
| FAIXA ETÁRIA                                                    | 0 a 18  | R\$ 107,06                 | R\$ 211,81                       | R\$ 316,91                       | R\$ 166,87                 | R\$ 282,47                       | R\$ 422,93                       |
|                                                                 | 19 a 23 | R\$ 119,91                 | R\$ 237,23                       | R\$ 354,94                       | R\$ 186,89                 | R\$ 316,37                       | R\$ 473,68                       |
|                                                                 | 24 a 28 | R\$ 134,30                 | R\$ 264,70                       | R\$ 397,53                       | R\$ 209,32                 | R\$ 354,33                       | R\$ 530,52                       |
|                                                                 | 29 a 33 | R\$ 154,45                 | R\$ 305,56                       | R\$ 457,16                       | R\$ 240,72                 | R\$ 407,48                       | R\$ 610,10                       |
|                                                                 | 34 a 38 | R\$ 177,62                 | R\$ 351,39                       | R\$ 525,73                       | R\$ 276,83                 | R\$ 468,60                       | R\$ 701,62                       |
|                                                                 | 39 a 43 | R\$ 211,37                 | R\$ 418,15                       | R\$ 625,62                       | R\$ 329,43                 | R\$ 557,63                       | R\$ 834,93                       |
|                                                                 | 44 a 48 | R\$ 264,21                 | R\$ 522,69                       | R\$ 782,03                       | R\$ 411,79                 | R\$ 697,04                       | R\$ 1.043,66                     |
|                                                                 | 49 a 53 | R\$ 330,26                 | R\$ 653,36                       | R\$ 977,54                       | R\$ 514,74                 | R\$ 871,30                       | R\$ 1.304,58                     |
|                                                                 | 54 a 58 | R\$ 561,44                 | R\$ 1.110,71                     | R\$ 1.661,82                     | R\$ 875,06                 | R\$ 1.481,21                     | R\$ 2.217,79                     |
|                                                                 | + de 59 | R\$ 628,81                 | R\$ 1.244,00                     | R\$ 1.861,24                     | R\$ 980,07                 | R\$ 1.658,96                     | R\$ 2.483,92                     |
| ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 - OPCIONAL R\$ 25,63 |         |                            |                                  |                                  |                            |                                  |                                  |

## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS                   | COPARTICIPAÇÃO TOTAL      | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|---------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Consultas Eletivas              | Valor Fixo R\$ 25,42      | -                      |
| Consultas de Urgência           | Valor Fixo R\$ 43,63      | -                      |
| Exames Simples                  | 40% limitado a R\$ 45,79  | -                      |
| Exames Complexos                | 40% limitado a R\$ 114,48 | -                      |
| Terapias Neurológicas Especiais | Valor Fixo R\$ 78,87      | Valor Fixo R\$ 78,87   |
| Demais Terapias                 | Valor Fixo R\$ 24,27      | Valor Fixo R\$ 24,27   |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

# VANTAGENS

## PARA EMPRESA

- Não necessita pagar integralmente ou parte o plano de saúde, pois o pagamento é feito pelo(a) beneficiário(a) titular.
- Não tem nenhuma responsabilidade (conferência de fatura, desconto em folha, pagamento, etc.), pois a cobrança será direta ao(à) beneficiário(a) titular.
- Aumento da produtividade, redução do absenteísmo e maior satisfação do funcionário com a empresa.
- Não é necessário formar um grupo mínimo para adesão ao plano, ou seja, podem entrar quantos funcionário(a)s desejarem.

## PARA FUNCIONÁRIO (TITULAR)

- Oportunidade de adquirir um plano de saúde com custo significativamente inferior ao de mercado (plano individual).
- Oportunidade de garantir a saúde, melhorar a qualidade de vida, aumentar a produtividade gerando maior chance de empregabilidade.



# EMPRESAS QUE PODEM ADERIR

-EMPRESAS DE TODOS OS TAMANHOS, DESDE QUE:

- a) Estejam ativas na Receita Federal, independente da data de abertura, exceto MEI, que precisa estar ativo por mais de 6 meses (de acordo com a RN 557. art.9 da ANS) na data de assinatura do Termo de Adesão Alter.
- b) O TERMO DE ADESÃO ALTER e documentos necessários tenham sido recebidos e aprovados, respeitados os prazos do quadro no verso.
- c) Não tenham contrato ativo no Hapvida.

# QUEM PODE ADERIR

Poderão aderir a este produto: sócios, funcionários, administradores de empresa (estatutários), trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes das empresas.



# DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

## EMPRESA

- Cópia do Contrato Social ou Requerimento Empresarial ou Declaração de Firma Individual (MEI);
- Para inclusões acima de 14 funcionários, enviar GFIP completa;
- Cópia do Cartão CNPJ;
- Cópia do RG e CPF ou CNH do sócio;
- Termo de Adesão Alter.
- Para inclusões acima de 29 beneficiários, enviar GFIP completa assinada pelo sócio, independente da inclusão de todos os funcionários.

## TITULAR SÓCIO

- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Cópia do contrato social ou requerimento de empresário ou declaração de firma individual (MEI).
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

## ADMINISTRADORES DA EMPRESA (ESTATUTÁRIOS)

- Comprovante de vínculo por procuração ou Contrato Social;
- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

## TITULAR FUNCIONÁRIO, ESTAGIÁRIOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS E MENORES APRENDIZES

- Cópia do último contracheque ou cópia da última Guia do FGTS paga (GFIP) ou cópia da carteira profissional com as páginas da foto e do registro, tendo até 90 dias de contratado;
- Cópia de RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- 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 ou adotivos solteiros e netos, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) onde conste o nome de ambos os genitores e o RG de todos os ascendentes até que se comprove inequivocamente a relação de parentesco enunciada com o Titular e CPF obrigatório.

### Enteados (as) até 24 anos incompletos

- Cópia da certidão de nascimento ou RG (a partir de 16 anos) associada à certidão de casamento ou escritura pública de união estável 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.

### Os tutelados(as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos de idade incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.

### Os curatelados(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada da comprovação legal pertinente.

# 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 regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- 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](http://www.hapvida.com.br). A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.
- **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.

# ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

PA: Belém e Ananindeua.

## ÁREA DE ABRANGÊNCIA

484.248/19-1 NOSSO PLANO A CE GM JN 90 – PA - Ananindeua e Belém.

484.252/19-9 NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 – PA: Belém.

484.251/19-1 NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 – PA: Belém.

## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: **FEVEREIRO 2027.**

## VIGÊNCIAS

**PARA ADESÃO DOS SÓCIOS, ADMINISTRADORES, FUNCIONÁRIOS, ESTAGIÁRIOS E MENORES APRENDIZES  
(DE 01 A 30 DO MÊS SEGUINTE, CONFORME QUADRO ABAIXO)**

| VENDA             | VIGÊNCIA                  | VENCIMENTO |
|-------------------|---------------------------|------------|
| De 01 a 20 do mês | Dia 1º do mês seguinte    | 05         |
| De 21 a 30 do mês | Dia 1º do 2º mês seguinte | 05         |

# CARÊNCIAS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

## PLANO SAÚDE

| PROCEDIMENTOS NORMAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CARÊNCIA CONTRATUAL | 1ª INCLUSÃO A PARTIR DE 2 VIDAS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Urgência / Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 24 horas            | 24 horas                        |
| 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 Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.                                                                                                                                                                                                        | 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; 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); Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. | 180 dias            | 180 dias                        |
| Cobertura de partos 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         |