

MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA NDI
PARAUAPEBAS



ANS - nº 42.025-5



ANS nº 368253



ANS nº 359017



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

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98

TABELA

PRODUTO	NOSSO PLANO A CE GM CC 02PA 111	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC 02PA 114	NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC 02PA 115	NOSSO PLANO A CE GM CC 02PA 111	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC 02PA 114	NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC 02PA 115
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	484.784/20-9	484.787/20-3	484.788/20-1	484.784/20-9	484.787/20-3	484.788/20-1
0 A 18 ANOS	R\$ 111,70	R\$ 188,73	R\$ 282,32	R\$ 153,00	R\$ 258,92	R\$ 387,58
19 A 23 ANOS	R\$ 125,11	R\$ 211,38	R\$ 316,21	R\$ 171,36	R\$ 289,99	R\$ 434,08
24 A 28 ANOS	R\$ 140,12	R\$ 236,74	R\$ 354,15	R\$ 191,92	R\$ 324,79	R\$ 486,17
29 A 33 ANOS	R\$ 161,14	R\$ 272,25	R\$ 407,27	R\$ 220,71	R\$ 373,51	R\$ 559,09
34 A 38 ANOS	R\$ 185,31	R\$ 313,09	R\$ 468,36	R\$ 253,82	R\$ 429,53	R\$ 642,96
39 A 43 ANOS	R\$ 220,52	R\$ 372,57	R\$ 557,35	R\$ 302,04	R\$ 511,15	R\$ 765,11
44 A 48 ANOS	R\$ 275,66	R\$ 465,72	R\$ 696,69	R\$ 377,56	R\$ 638,94	R\$ 956,39
49 A 53 ANOS	R\$ 344,57	R\$ 582,15	R\$ 870,86	R\$ 471,95	R\$ 798,67	R\$ 1.195,49
54 A 58 ANOS	R\$ 585,76	R\$ 989,66	R\$ 1.480,46	R\$ 802,33	R\$ 1.357,74	R\$ 2.032,33
59 ANOS OU +	R\$ 656,05	R\$ 1.108,41	R\$ 1.658,12	R\$ 898,60	R\$ 1.520,67	R\$ 2.276,21

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,74

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor Fixo R\$ 38,54	Isento
Consultas de Urgência	Valor Fixo R\$ 62,79	Isento
Exames Simples	30% Limitado a R\$ 42,81	Isento
Exames Complexos	30% Limitado a R\$ 128,45	Isento
Terapias	50% Limitado a R\$ 64,30	50% Limitado a R\$ 64,30
Internações	Isento	Isento

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 Affix.
- 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.

Filho(a) até 21 anos ou 24 anos e 10 meses, se universitário

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Vínculo universitário (idade entre 22 a 24 anos).

Filho(a) Inválido(a)

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.

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 anterior há 90 (noventa) dias do cancelamento.
- **Taxa de Angariação:** a Affix 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 ABRANGÊNCIA

PA - Belém e Parauapebas.

REAJUSTE

Mês do reajuste anual: JANEIRO 2025.



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PLANO DE SAÚDE

PROCEDIMENTOS NORMAIS	CARÊNCIA CONTRATUAL	1ª INCLUSÃO COM 2 A 29 VIDAS	1ª INCLUSÃO ACIMA DE 30 VIDAS
Urgência / Emergência	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas e exames simples (laboratoriais e Raio-X sem contraste)	30 dias	24 horas	Imediato
Exames cardiológicos simples (exceto PAC); exames oftalmológicos (exceto PAC); exames de otorrino simples (exceto PAC); exames de Raio-X contrastados (exceto PAC); exames de ultrassonografia (exceto PAC).	90 dias	90 dias	Imediato
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	Imediato
Internação hospitalar clínica e cirúrgica, demais procedimentos relacionados a exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais (exceto parto e CPT).	180 dias	180 dias	Imediato
Parto	300 dias	300 dias	Imediato
Internações e tratamentos de doenças e lesões preexistentes.	24 meses	24 meses	24 meses

PLANO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS CONTRATUAIS
Atendimentos de urgência/emergência.	24 horas
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações).	60 dias
Demais procedimentos.	180 dias