MANUAL
DO CORRETOR

HAPVIDA CLINIPAM
PARANÁ
CURITIBA



Hapvida
Clinipam
ANS - nº 34.078-2

ALTER
BENEFÍCIOS
ANS - nº 42.025-5

PLANO DE SAÚDE
HAPVIDA CLINIPAM

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						
PLANO	NOSSO PLANO CA A GM CC CNP	NOSSO PLANO CA AH GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AH GM CC APT CNP	NOSSO PLANO CA AHO GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AHO GM CC APT CNP	PLENO CA AHO GM CC ENF CNP	PLENO CA AHO GM CC APT CNP
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb +Hosp S/Obst	Amb +Hosp S/Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst
ABRANGÊNCIA	Grupo Municípios						
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	495.843/23-8	495.874/23-8	495.878/23-1	495.882/23-9	495.883/23-7	495.881/23-1	495.877/23-2
FAIXA ETÁRIA 0 a 18	R$ 145,35	R$ 173,62	R$ 249,04	R$ 218,85	R$ 316,86	R$ 298,44	R$ 436,28
19 a 23	R$ 191,13	R$ 221,88	R$ 321,44	R$ 281,57	R$ 410,97	R$ 386,65	R$ 568,59
24 a 28	R$ 217,76	R$ 251,74	R$ 366,22	R$ 320,37	R$ 469,19	R$ 441,22	R$ 650,45
29 a 33	R$ 242,83	R$ 279,21	R$ 407,43	R$ 356,08	R$ 522,75	R$ 491,44	R$ 725,77
34 a 38	R$ 255,50	R$ 292,04	R$ 426,66	R$ 372,72	R$ 547,75	R$ 514,86	R$ 760,91
39 a 43	R$ 286,75	R$ 327,03	R$ 479,16	R$ 418,22	R$ 615,99	R$ 578,84	R$ 856,89
44 a 48	R$ 350,46	R$ 393,97	R$ 579,56	R$ 505,21	R$ 746,49	R$ 701,17	R$ 1.040,37
49 a 53	R$ 485,75	R$ 535,02	R$ 791,14	R$ 688,51	R$ 1.021,51	R$ 958,95	R$ 1.427,05
54 a 58	R$ 654,51	R$ 714,30	R$ 1.060,05	R$ 921,48	R$ 1.371,05	R$ 1.286,61	R$ 1.918,54
+ de 59	R$ 849,80	R$ 921,75	R$ 1.371,21	R$ 1.191,07	R$ 1.775,52	R$ 1.665,74	R$ 2.487,27

COPARTICIPAÇÃO	PARCIAL						
PLANO	NOSSO PLANO CA A GM CC CNP	NOSSO PLANO CA AH GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AH GM CC APT CNP	NOSSO PLANO CA AHO GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AHO GM CC APT CNP	PLENO CA AHO GM CC ENF CNP	PLENO CA AHO GM CC APT CNP
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb +Hosp S/Obst	Amb +Hosp S/Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst
ABRANGÊNCIA	Grupo Municípios						
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	495.843/23-8	495.874/23-8	495.878/23-1	495.882/23-9	495.883/23-7	495.881/23-1	495.877/23-2
FAIXA ETÁRIA 0 a 18	R$ 180,78	R$ 211,32	R$ 305,60	R$ 267,87	R$ 390,38	R$ 367,37	R$ 539,64
19 a 23	R$ 238,03	R$ 271,64	R$ 396,09	R$ 346,27	R$ 508,01	R$ 477,62	R$ 705,04
24 a 28	R$ 271,32	R$ 308,96	R$ 452,09	R$ 394,79	R$ 580,78	R$ 545,84	R$ 807,37
29 a 33	R$ 302,66	R$ 343,30	R$ 503,60	R$ 439,44	R$ 647,73	R$ 608,62	R$ 901,51
34 a 38	R$ 318,51	R$ 359,33	R$ 527,63	R$ 460,26	R$ 678,99	R$ 637,91	R$ 945,43
39 a 43	R$ 357,56	R$ 403,08	R$ 593,25	R$ 517,14	R$ 764,30	R$ 717,86	R$ 1.065,39
44 a 48	R$ 437,20	R$ 486,74	R$ 718,75	R$ 625,89	R$ 927,42	R$ 870,78	R$ 1.294,76
49 a 53	R$ 606,31	R$ 663,04	R$ 983,22	R$ 855,07	R$ 1.271,18	R$ 1.193,02	R$ 1.778,11
54 a 58	R$ 817,27	R$ 887,13	R$ 1.319,37	R$ 1.146,35	R$ 1.708,11	R$ 1.602,59	R$ 2.392,47
+ de 59	R$ 1.061,37	R$ 1.146,43	R$ 1.708,35	R$ 1.483,43	R$ 2.213,71	R$ 2.076,54	R$ 3.103,37

PLANO DE SAÚDE - SEGMENTAÇÃO	PLANO ODONTOLÓGICO VINCULADO
AMBULATORIAL	INTEROODONTOPROTEÇÃO - ANS 496.200/23-1
ENFERMARIA E APARTAMENTO	+INTEROODONTO PREMIUM - ANS 496.201/23-0

10%
DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS MENSALIDADES

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

TABELA
DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO NOSSO PLANO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PLENO TOTAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R$ 46,70	Valor fixo R$ 46,70
Consultas de Urgência	Valor fixo R$ 66,18	Valor fixo R$ 66,18
Exames Simples	40% Limitado a R$ 55,15	40% Limitado a R$ 55,15
Exames Complexos	40% Limitado a R$ 134,82	40% Limitado a R$ 134,82
Terapias Especiais	Valor fixo R$ 84,44	Valor fixo R$ 84,44
Demais Terapias	Valor fixo R$ 45,47	Valor fixo R$ 45,47

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO NOSSO PLANO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO PLENO PARCIAL
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias Especiais	Valor fixo R$ 84,44	Valor fixo R$ 84,44
Demais Terapias	Valor fixo R$ 45,47	Valor fixo R$ 45,47

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

- Documentação de vínculo com a entidade;
- 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;
- Cópiado 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.

Somente para Estudantes
Estudantes titulares a partir de 5 até 17 anos, 11 meses e 29 dias podem incluir como dependente pai e mãe.
Estudantes titulares acima de 18 anos poderão incluir como dependentes: cônjuge, companheiro, filhos e enteados, conforme regra de dependentes.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

- 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.

- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da Operadora.

- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.

- 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.

- Mês do reajuste anual: **DEZEMBRO 2027.**

ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Curitiba, Almirante Tamandaré, Colombo, Pinhais, Araucária, Campo Magro, Itaperuçu, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Rio Branco do Sul, Quatro Barras, Fazenda Rio Grande, São José dos Pinhais e Piraquara.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

NOSSO PLANO - PR: Curitiba, Londrina, Pinhais, e São José dos Pinhais. **SC:** Balneário Camboriú e Itajaí.

PLENO - PR: Almirante Tamandaré, Araucária, Cambé, Colombo, Curitiba, Ibiporã, Londrina, Pinhais, Rolândia e São José dos Pinhais.

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

COBERTURA	CARÊNCIAS CONTRATUAIS	CARÊNCIAS PROMOCIONAIS
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento estão detalhadas na cláusula 5.1, em conformidade com a CONSU para urgência/emergência 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 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 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	CARÊNCIA ODONTO
Atendimentos de urgência/emergência.	24 horas
Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações).	60 dias
Demais procedimentos.	180 dias