

# MANUAL DO CORRETOR

**HAPVIDA**  
RONDONÓPOLIS  
ENTIDADES ESTADUAIS



**15%**

DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\*



ANS - nº 42.025-5



ANS - nº 36.825-3



# 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                                 |         | PLENO<br>AHO CA GM ENF<br>CCF 541 | PLENO<br>AHO CA GM APT<br>CCF 540 | PLENO AHO<br>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\$ 248,66                        | R\$ 317,02                        | R\$ 324,63                        | R\$ 415,77                        |
|                                       | 19 a 23 | R\$ 257,78                        | R\$ 328,88                        | R\$ 336,78                        | R\$ 431,58                        |
|                                       | 24 a 28 | R\$ 257,78                        | R\$ 328,88                        | R\$ 336,78                        | R\$ 431,58                        |
|                                       | 29 a 33 | R\$ 293,32                        | R\$ 375,09                        | R\$ 384,17                        | R\$ 493,21                        |
|                                       | 34 a 38 | R\$ 334,21                        | R\$ 428,25                        | R\$ 438,70                        | R\$ 564,10                        |
|                                       | 39 a 43 | R\$ 384,86                        | R\$ 494,09                        | R\$ 506,24                        | R\$ 651,88                        |
|                                       | 44 a 48 | R\$ 581,48                        | R\$ 749,70                        | R\$ 768,39                        | R\$ 992,69                        |
|                                       | 49 a 53 | R\$ 878,66                        | R\$ 1.136,03                      | R\$ 1.164,64                      | R\$ 1.507,78                      |
|                                       | 54 a 58 | R\$ 985,64                        | R\$ 1.275,10                      | R\$ 1.307,27                      | R\$ 1.693,22                      |
|                                       | + de 59 | R\$ 1.387,04                      | R\$ 1.796,93                      | R\$ 1.842,47                      | R\$ 2.388,98                      |
| +ODONTO PREMIUM ADESÃO - 476.835/16-3 |         |                                   |                                   |                                   |                                   |

# TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS                   | COPARTICIPAÇÃO TOTAL       | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Consultas Eletivas              | Valor fixo R\$ 40,39       | -                      |
| Consultas de Urgência           | Valor fixo R\$ 57,24       | -                      |
| Exames Simples                  | 40% limitando a R\$ 47,70  | -                      |
| Exames Complexos                | 40% limitando a R\$ 116,60 | -                      |
| Terapias Neurológicas Especiais | Valor fixo R\$ 73,03       | Valor fixo R\$ 73,03   |
| Demais Terapias                 | Valor fixo R\$ 39,33       | Valor fixo R\$ 39,33   |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

# QUEM PODE ADERIR

## **SINDAL MT - SINDICATO DOS SERVIDORES DO PODER LEGISLATIVO DE MATO GROSSO**

Servidores da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

## **SINDSEMP MT - SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Servidores efetivos ativos do quadro do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

## **SINETRAN MT - SINDICATO DOS SERVIDORES DO DETRAN MT**

Servidores ativos, cargos comissionados e profissionais vinculados ao Departamento Estadual de Trânsito do Estado do Mato Grosso - DETRAN/MT, com circunscrição na base territorial do Estado de Mato Grosso.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

## **ASSIN MT - ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INDEA/MT**

Servidores públicos efetivos do INDEA/MT.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

## **AMDEPOL MT - ASSOCIAÇÃO MATOGROSSENSE DE DELEGADOS DE POLÍCIA**

Delegados de Polícia, da Polícia Judiciária Civil do Estado de Mato Grosso em atividade.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

## **ACS MT - ASSOCIAÇÃO DOS CABOS E SOLDADOS DA POLÍCIA MILITAR E BOMBEIRO MILITAR DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Cabos e soldados ativos da polícia militar do MT .

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

## **SINDSPEN MT - SINDICATO DOS SERVIDORES PENITENCIÁRIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Servidores ATIVOS que fazem parte da Carreira do Sistema Penitenciário do Estado do Mato Grosso efetivo e/ou estável.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

#### **SINPOL MT - SINDICATO DOS POLICIAIS CIVIS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Ocupantes ATIVOS do cargo de Investigador de Polícia no Estado de Mato Grosso.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

#### **SITCONTAS MT - SINDICATO DOS TRABALHADORES DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Servidores ativos na categoria associados efetivos, denominados trabalhadores efetivos.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

#### **ASSOF MT- CLUBE DOS OFICIAIS DA POLÍCIA MILITAR ESTADO MATO GROSSO**

Associados efetivos, oficial ou aspirante a oficial ativos da Polícia Militar ou do Corpo de bombeiros Militar de Mato Grosso ativos.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

#### **SINTEP MT - SINDICATO DOS TRABALHADORES NO ENSINO PÚBLICO**

Trabalhadores do ensino público em atividade na rede estadual e nas redes municipais de ensino no Estado de Mato Grosso.

- Cópia do termo de posse ou contracheque atual + ficha de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado da entidade

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

# ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

MT: Várzea Grande, Rondonópolis, Juscimeira, Pedra Preta e São José do Povo. MS: Três Lagoas, Brasilândia, Dourados, Deodápolis, Douradina, Fátima do Sul, Itaporã, Rio Brilhante, Campo Grande, Jaraguari, Nova Alvorada do Sul, Ribas do Rio Pardo, Sidrolândia e Terenos.

## ÁREA DE ABRANGÊNCIA

499015243 PLENO AHO CA GM ENF CCF 541 – MT: Cuiabá e Rondonópolis. MS: Campo Grande, Dourados e Três Lagoas.

499016241 PLENO AHO CA GM APT CCF 540 - 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: **JUNHO 2026**.
- 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](http://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 |

# ÁREA DE ABRANGÊNCIA

499015243 PLENO AHO CA GM ENF CCF 541 – MT: Cuiabá e Rondonópolis. MS: Campo Grande, Dourados e Três Lagoas.

499016241 PLENO AHO CA GM APT CCF 540 - 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: **JUNHO 2026**.
- 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](http://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<br>Dia 10<br>Dia 20 | Todo dia 01<br>Todo dia 10<br>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               | 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         |