

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA  
NOTREDAME  
RIO DE JANEIRO



**10%**

DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\*



# PLANO DE SAÚDE PME HAPVIDA NOTREDAME

**CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA NDI**

**Administradora de benefícios/contratante: Alter Administradora de Benefícios.**

**Plano com segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.**

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

# TABELA

| COPARTICIPAÇÃO                                   |         | TOTAL                                   |                           |              |              |              |              |
|--------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| PLANO                                            |         | SMART 150<br>GRANDE RIO<br>CE CP ENF    | SMART<br>RIO<br>CE CP ENF | ADVANCE 600  | ADVANCE 600  | ADVANCE 700  | ADVANCE 700  |
| SEGMENTAÇÃO                                      |         | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia |                           |              |              |              |              |
| ABRANGÊNCIA                                      |         | Grupo Municípios                        |                           | Nacional     |              |              |              |
| ACOMODAÇÃO                                       |         | Efermaria                               | Enfermaria                | Enfermaria   | Apartamento  | Enfermaria   | Apartamento  |
| CÓDIGO ANS                                       |         | 490.621/21-7                            | 497.299/23-6              | 474.439/15-0 | 474.438/15-1 | 474.341/15-5 | 474.340/15-7 |
| FAIXA ETÁRIA                                     | 0 a 18  | R\$ 102,67                              | R\$ 102,67                | R\$ 228,30   | R\$ 253,41   | R\$ 280,12   | R\$ 310,94   |
|                                                  | 19 a 23 | R\$ 139,42                              | R\$ 139,43                | R\$ 308,16   | R\$ 342,06   | R\$ 378,11   | R\$ 419,71   |
|                                                  | 24 a 28 | R\$ 153,36                              | R\$ 153,37                | R\$ 364,19   | R\$ 404,25   | R\$ 446,85   | R\$ 496,02   |
|                                                  | 29 a 33 | R\$ 167,16                              | R\$ 167,17                | R\$ 380,50   | R\$ 422,36   | R\$ 466,87   | R\$ 518,24   |
|                                                  | 34 a 38 | R\$ 169,66                              | R\$ 169,68                | R\$ 393,21   | R\$ 436,47   | R\$ 482,47   | R\$ 535,55   |
|                                                  | 39 a 43 | R\$ 178,15                              | R\$ 178,16                | R\$ 432,54   | R\$ 480,12   | R\$ 530,73   | R\$ 589,11   |
|                                                  | 44 a 48 | R\$ 252,44                              | R\$ 252,45                | R\$ 562,30   | R\$ 624,16   | R\$ 689,95   | R\$ 765,85   |
|                                                  | 49 a 53 | R\$ 340,80                              | R\$ 340,81                | R\$ 730,99   | R\$ 811,41   | R\$ 896,94   | R\$ 995,61   |
|                                                  | 54 a 58 | R\$ 408,96                              | R\$ 408,98                | R\$ 950,28   | R\$ 1.054,83 | R\$ 1.166,02 | R\$ 1.294,29 |
|                                                  | + de 59 | R\$ 615,89                              | R\$ 615,92                | R\$ 1.369,63 | R\$ 1.520,32 | R\$ 1.680,58 | R\$ 1.865,45 |
| INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA - 495.626/23-5 |         |                                         |                           |              |              |              |              |



# TABELA

| COPARTICIPAÇÃO                                   |                                         | PARCIAL                   |              |              |              |              |              |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| PLANO                                            | SMART 150<br>GRANDE RIO<br>CE CP ENF    | SMART<br>RIO<br>CE CP ENF | ADVANCE 600  | ADVANCE 600  | ADVANCE 700  | ADVANCE 700  |              |
| SEGMENTAÇÃO                                      | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia |                           |              |              |              |              |              |
| ABRANGÊNCIA                                      | Grupo Municípios                        |                           | Nacional     |              |              |              |              |
| ACOMODAÇÃO                                       | Efermaria                               | Enfermaria                | Enfermaria   | Apartamento  | Enfermaria   | Apartamento  |              |
| CÓDIGO ANS                                       | 490.621/21-7                            | 497.299/23-6              | 474.439/15-0 | 474.438/15-1 | 474.341/15-5 | 474.340/15-7 |              |
| FAIXA ETÁRIA                                     | 0 a 18                                  | R\$ 102,67                | R\$ 102,67   | R\$ 228,30   | R\$ 253,41   | R\$ 280,12   | R\$ 310,94   |
|                                                  | 19 a 23                                 | R\$ 139,42                | R\$ 139,43   | R\$ 308,16   | R\$ 342,06   | R\$ 378,11   | R\$ 419,71   |
|                                                  | 24 a 28                                 | R\$ 153,36                | R\$ 153,37   | R\$ 364,19   | R\$ 404,25   | R\$ 446,85   | R\$ 496,02   |
|                                                  | 29 a 33                                 | R\$ 167,16                | R\$ 167,17   | R\$ 380,50   | R\$ 422,36   | R\$ 466,87   | R\$ 518,24   |
|                                                  | 34 a 38                                 | R\$ 169,66                | R\$ 169,68   | R\$ 393,21   | R\$ 436,47   | R\$ 482,47   | R\$ 535,55   |
|                                                  | 39 a 43                                 | R\$ 178,15                | R\$ 178,16   | R\$ 432,54   | R\$ 480,12   | R\$ 530,73   | R\$ 589,11   |
|                                                  | 44 a 48                                 | R\$ 252,44                | R\$ 252,45   | R\$ 562,30   | R\$ 624,16   | R\$ 689,95   | R\$ 765,85   |
|                                                  | 49 a 53                                 | R\$ 340,80                | R\$ 340,81   | R\$ 730,99   | R\$ 811,41   | R\$ 896,94   | R\$ 995,61   |
|                                                  | 54 a 58                                 | R\$ 408,96                | R\$ 408,98   | R\$ 950,28   | R\$ 1.054,83 | R\$ 1.166,02 | R\$ 1.294,29 |
|                                                  | + de 59                                 | R\$ 615,89                | R\$ 615,92   | R\$ 1.369,63 | R\$ 1.520,32 | R\$ 1.680,58 | R\$ 1.865,45 |
| INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA - 495.626/23-5 |                                         |                           |              |              |              |              |              |



# TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS         | COPARTICIPAÇÃO TOTAL<br>SMART 150 GRANDE RIO | COPARTICIPAÇÃO TOTAL<br>SMART 200 RIO | COPARTICIPAÇÃO TOTAL<br>ADVANCE 600 / 700 |
|-----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| Consultas Eletivas    | Valor fixo R\$ 40,39                         | 30% Limitado a R\$ 30,00              | Valor fixo R\$ 58,10                      |
| Consultas de Urgência | Valor fixo R\$ 57,24                         | 40% limitado a R\$ 80,00              | Valor fixo R\$ 73,00                      |
| Exames Simples        | 40% Limitado a R\$ 47,70                     | 30% Limitado a R\$ 20,00              | 40% Limitado a R\$ 65,00                  |
| Exames Complexos      | 40% Limitado a R\$ 116,60                    | 30% Limitado a R\$ 100,00             | 40% Limitado a R\$ 150,00                 |
| Terapias Especiais    | Valor fixo R\$ 73,03                         | 40% Limitado a R\$ 40,00              | Valor fixo R\$ 78,90                      |
| Demais Terapias       | Valor fixo R\$ 39,33                         | 40% Limitado a R\$ 40,00              | Valor fixo R\$ 47,10                      |
| Internações           | R\$ 196,10                                   | R\$ 185,00                            | R\$ 328,60                                |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.  
Internações na rede credenciada.

| PROCEDIMENTOS         | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL<br>SMART 150 GRANDE RIO | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL<br>SMART 200 RIO | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL<br>ADVANCE 600 / 700 |
|-----------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| Consultas Eletivas    | -                                              | -                                       | -                                           |
| Consultas de Urgência | -                                              | -                                       | -                                           |
| Exames Simples        | -                                              | -                                       | -                                           |
| Exames Complexos      | -                                              | -                                       | -                                           |
| Terapias Especiais    | Valor fixo R\$ 73,03                           | 40% Limitado a R\$ 40,00                | Valor fixo R\$ 78,90                        |
| Demais Terapias       | Valor fixo R\$ 39,33                           | 40% Limitado a R\$ 40,00                | Valor fixo R\$ 47,10                        |

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 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.

### 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.

## ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).

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



# INFORMAÇÕES IMPORTANTES

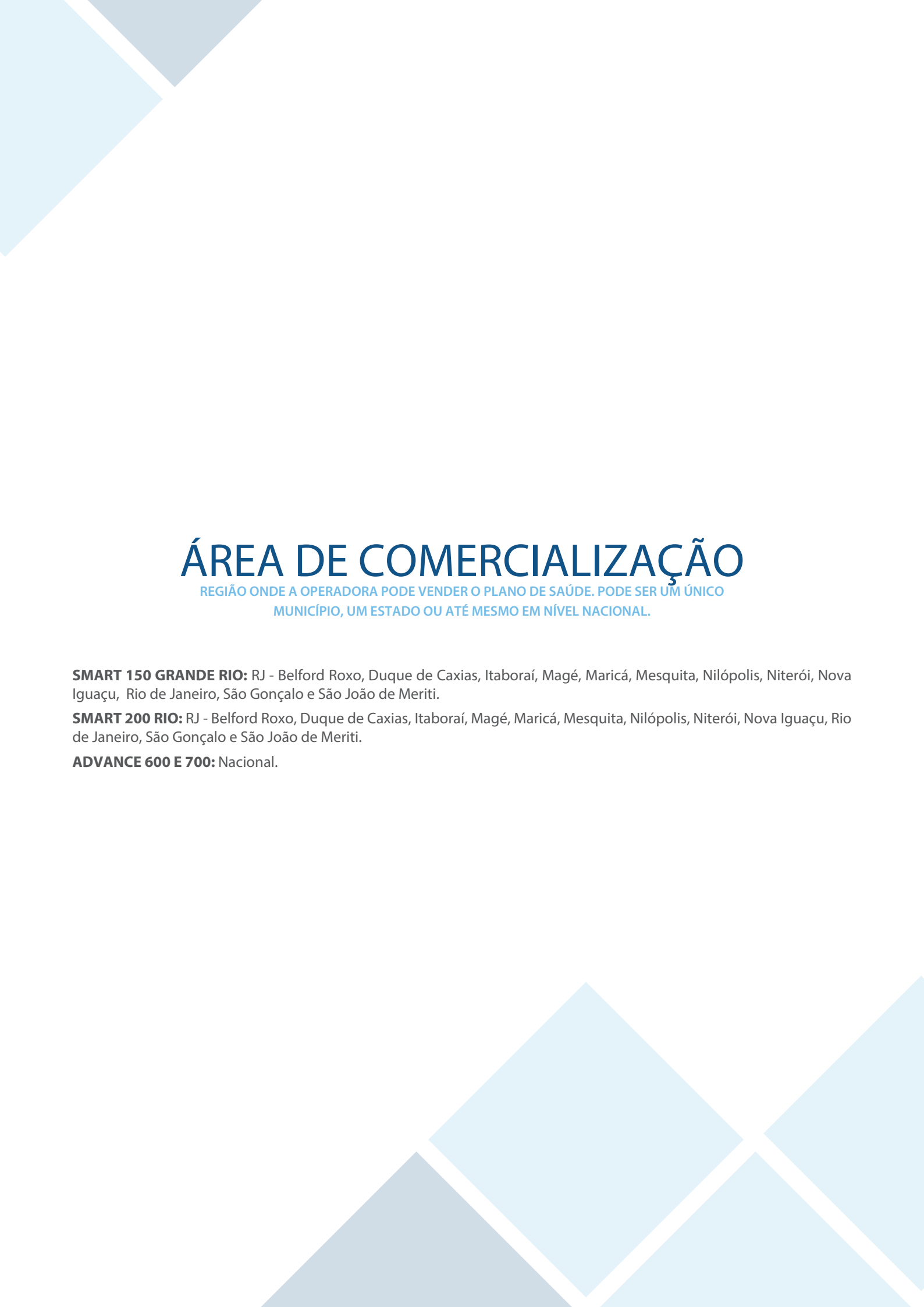
- A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, afim de comprovar as informações prestadas na Proposta.
- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da Operadora.
- Proposta sujeita a análise 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.
- **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.
- 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.gndi.com.br](http://www.gndi.com.br). A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.

## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: **JUNHO 2026.**

## VIGÊNCIA

| VIGÊNCIA | VENCIMENTO  |
|----------|-------------|
| Dia 01   | Todo dia 01 |



# ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

REGIÃO ONDE A OPERADORA PODE VENDER O PLANO DE SAÚDE. PODE SER UM ÚNICO  
MUNICÍPIO, UM ESTADO OU ATÉ MESMO EM NÍVEL NACIONAL.

**SMART 150 GRANDE RIO:** RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

**SMART 200 RIO:** RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

**ADVANCE 600 E 700:** Nacional.

# ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A ÁREA DE ABRANGÊNCIA REFERE-SE À REGIÃO GEOGRÁFICA ONDE A OPERADORA DE SAÚDE SE COMPROMETE A GARANTIR A COBERTURA DOS SERVIÇOS CONTRATADOS PELO BENEFICIÁRIO, PODENDO SER UM ÚNICO MUNICÍPIO, GRUPO DE MUNICÍPIOS, ESTADO, GRUPO DE ESTADOS OU NACIONAL.

**SMART 150 GRANDE RIO:** RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

**SMART 200 RIO:** RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

**ADVANCE 600 E 700:** Nacional.

# CARÊNCIAS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

## PLANO SAÚDE

| PROCEDIMENTOS NORMAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CARÊNCIA CONTRATUAL | 1ª INCLUSÃO INCLUSÃO COM 2 A 29 VIDAS | 1ª INCLUSÃO ACIMA DE 30 VIDAS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Urgência / Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 24 horas            | 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                              | Imediato                      |
| 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                               | Imediato                      |
| 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                              | Imediato                      |
| Cobertura de partos a termo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 300 dias            | 300 dias                              | Imediato                      |

## COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

| CPT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 24 MESES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <p>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.</p> |          |

## PLANO ODONTOLÓGICO

| PROCEDIMENTOS                                                     | CARÊNCIAS ODONTO |
|-------------------------------------------------------------------|------------------|
| Urgência e emergência                                             | 24 horas         |
| Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações) | 60 dias          |
| Demais casos                                                      | 180 dias         |