MANUAL
DO CORRETOR

PME HAPVIDA NOTREDAME
AMERICANA



Hapvida NotreDame

ANS - nº 35.901-7

ALTER BENEFÍCIOS

ANS - nº 42.025-5

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		PARCIAL	
PLANO		SMART 200 AMERICANA CE CP ENF	SMART 200 UP + RMCA CE CP ENF	SMART 200 AMERICANA CE CP ENF	SMART 200 UP + RMCA CE CP ENF
SEGMENTAÇÃO		Ambulatorial + Hospital c/ Obstetrícia		Ambulatorial + Hospital c/ Obstetrícia	
ABRANGÊNCIA		Grupo de Municípios		Grupo de Municípios	
ACOMODAÇÃO		Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria
CÓDIGO ANS		486.524/20-3	486.514/20-6	486.524/20-3	486.514/20-6
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R$ 125,84	R$ 140,16	R$ 167,77	R$ 186,90
	19 a 23	R$ 169,86	R$ 189,19	R$ 226,46	R$ 252,27
	24 a 28	R$ 200,74	R$ 223,59	R$ 267,62	R$ 298,13
	29 a 33	R$ 200,74	R$ 223,59	R$ 267,62	R$ 298,13
	34 a 38	R$ 200,74	R$ 223,59	R$ 267,62	R$ 298,13
	39 a 43	R$ 238,42	R$ 265,55	R$ 317,86	R$ 354,09
	44 a 48	R$ 309,95	R$ 345,21	R$ 413,23	R$ 460,32
	49 a 53	R$ 402,95	R$ 448,76	R$ 537,20	R$ 598,42
	54 a 58	R$ 523,83	R$ 583,40	R$ 698,36	R$ 777,94
	+ de 59	R$ 755,00	R$ 840,86	R$ 1.006,53	R$ 1.121,24
INCLUSO HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CE OD 495.614/23-1					



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

TABELA
DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL **SMART 200**	COPARTICIPAÇÃO TOTAL **SMART 200 UP**
Consultas Eletivas	Valor fixo R$ 43,63	30% limitado a R$ 30,00
Consultas de Urgência	Valor fixo R$ 61,82	40% limitado a R$ 80,00
Exames Simples	40% limitado a R$ 51,52	30% limitado a R$ 20,00
Exames Complexos	40% limitado a R$ 125,93	30% limitado a R$ 100,00
Terapias Especiais	Valor fixo R$ 78,87	40% limitado a R$ 40,00
Demais Terapias	Valor fixo R$ 42,47	40% limitado a R$ 40,00
Internações	Valor fixo R$ 211,80	Valor fixo R$ 185,00

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

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL **SMART 200**	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL **SMART 200 UP**
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias Especiais	Valor fixo R$ 78.87	40% Limitado a R$ 40,00
Demais Terapias	Valor fixo R$ 42,47	40% Limitado a R$ 40,00
Internações	-	-

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

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 temporáros, 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. A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.

REAJUSTE

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

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 200 AMERICANA CE CP ENF: SP - Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste, Sumaré.

SMART 200 UP + RMCA CE CP ENF: SP - Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste, Sumaré.

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 200 AMERICANA CE CP ENF: SP - Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste e Sumaré.

SMART 200 UP + RMCA CE CP ENF: SP - Americana, Nova Odessa, Osasco, Paulínia, Arujá, Barueri, Poá, Caieiras, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Ribeirão Pires, Santa Bárbara d'Oeste, Carapicuiba, Cotia, Cubatão, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Hotolândia, Itapevi, Santa Isabel, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Sumaré, Suzano, Taboão da Serra, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Várzea Paulista, Votorantim, Jandirá, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Diadema, Embu das Artes, Santo André e Vinhedo.

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, clinica, 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

COBERTURA / PROCEDIMENTOS	INTERODONTO PREMIUM
Atendimento de urgência e emergência	24 horas
Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações)	60 dias
Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato.	180 dias