



**15%**

**DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\***

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA NDI  
BELO HORIZONTE

**CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - AFFIX EMPRESAS**

Administradora de Benefícios/Contratante: Affix Administradora de Benefícios.

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

Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.

## TABELA

COPARTICIPAÇÃO		TOTAL			PARCIAL		
PLANO	NOSSO PLANO A CE GM CC PRM 062	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC PRM 006	NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC PRM 016	NOSSO PLANO A CE GM CC PRM 062	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC PRM 006	NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC PRM 016	
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Ambulatorial	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios			Grupo de Municípios			
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	
CÓDIGO ANS	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7	
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R\$ 77,73	R\$ 114,92	R\$ 148,97	R\$ 125,36	R\$ 172,15	R\$ 223,39
	19 a 23	R\$ 87,06	R\$ 128,71	R\$ 166,86	R\$ 140,40	R\$ 192,80	R\$ 250,19
	24 a 28	R\$ 97,51	R\$ 144,15	R\$ 186,88	R\$ 157,25	R\$ 215,93	R\$ 280,21
	29 a 33	R\$ 112,13	R\$ 165,77	R\$ 214,91	R\$ 180,84	R\$ 248,33	R\$ 322,25
	34 a 38	R\$ 128,96	R\$ 190,64	R\$ 247,15	R\$ 207,96	R\$ 285,58	R\$ 370,59
	39 a 43	R\$ 153,46	R\$ 226,86	R\$ 294,11	R\$ 247,48	R\$ 339,84	R\$ 441,00
	44 a 48	R\$ 191,83	R\$ 283,58	R\$ 367,64	R\$ 309,34	R\$ 424,81	R\$ 551,25
	49 a 53	R\$ 239,79	R\$ 354,48	R\$ 459,54	R\$ 386,68	R\$ 531,02	R\$ 689,06
	54 a 58	R\$ 407,65	R\$ 602,62	R\$ 781,22	R\$ 657,36	R\$ 902,73	R\$ 1.171,41
	+ de 59	R\$ 456,57	R\$ 674,93	R\$ 874,97	R\$ 736,24	R\$ 1.011,06	R\$ 1.311,99

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,95

# 15%

**TABELA SEM DESCONTO.**  
\*APLICAR CONDIÇÃO PARA AS VIGÊNCIAS 04/25 ATÉ 06/25.

**DESCONTO NAS 3 PRIMEIRAS MENSALIDADES\***



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 37,10	-
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 53,00	-
Exames Simples	Valor fixo R\$ 15,90	-
Exames Complexos	Valor fixo R\$ 106,00	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 21,20

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.



## VANTAGENS

### PARA EMPRESA

- Não necessita pagar integralmente ou parte do 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 feita diretamente 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:

- 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 Affix.
- O TERMO DE ADESÃO AFFIX e documentos necessários tenham sido recebidos e aprovados, respeitados os prazos do quadro no verso.
- 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 24 anos incompletos, se universitário

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Vínculo universitário (idade entre 22 a 24 anos).

#### Filho(a) Inválido(a)

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

#### Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- 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

MG – Belo Horizonte, Betim e Contagem.



## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: **OUTUBRO 2025**.



## VIGÊNCIAS

### PARA ADESÃO DA EMPRESA

ADESÃO DA EMPRESA	ADESÃO DAS PESSOAS FÍSICAS	VIGÊNCIA DA PESSOA FÍSICA
De 01 a 30 do mês	Dia 1º do mês seguinte	Dia 1º do 2º mês seguinte

### PARA ADESÃO DOS SÓCIOS, ADMINISTRADORES, FUNCIONÁRIOS, ESTAGIÁRIOS E MENORES APRENDIZES (DE 01 A 30 DO MÊS SEGUINTE, CONFORME QUADRO ABAIXO)

ADESÃO	VIGÊNCIA	VENCIMENTO
De 01 a 20 do mês	Dia 1º do mês seguinte	05
De 21 a 30 do mês	Dia 1º do 2º mês seguinte	05



# CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

## CARÊNCIAS 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 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
-----	----------

Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saibamos ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na "Declaração de Saúde" que acompanha esta Proposta. Havendo na "Declaração de Saúde" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

## CARÊNCIAS PLANO ODONTOLÓGICO

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