

# MANUAL DE VENDAS

## PREFEITURA DE IGARASSU



ANS - nº 9.838.825-3

ANS - nº 4.174.924



## PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

### CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - SETOR PÚBLICO

Administradora de Benefícios/Contratante: Affix Administradora de Benefícios.

- Planos com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
- Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.

## TABELA

| PLANO        |              | NOSSO PLANO  |              | MIX          |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ACOMODAÇÃO   |              | ENFERMARIA   | APARTAMENTO  | ENFERMARIA   | APARTAMENTO  |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 anos  | R\$ 176,97   | R\$ 238,92   | R\$ 230,04   | R\$ 310,54   |
|              | 19 a 43 anos | R\$ 260,44   | R\$ 351,62   | R\$ 338,55   | R\$ 457,08   |
|              | 44 a 58 anos | R\$ 423,18   | R\$ 571,28   | R\$ 550,18   | R\$ 742,71   |
|              | + de 59 anos | R\$ 1.011,67 | R\$ 1.365,74 | R\$ 1.315,19 | R\$ 1.775,47 |

**AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA**

**ODONTO ADESÃO (OPCIONAL): R\$ 25,97**

## QUEM PODE ADERIR

Servidores Públicos ativos da Prefeitura de Igarassu.

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

### TITULAR

- Cópia do RG e CPF ou CNH
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias)
- Cópia do último contracheque ou nomeação publicada em Diário Oficial
- Proposta de adesão preenchida e assinada

### DEPENDENTES

#### Cônjuge

- Cópia da Certidão de Casamento
- Cópia do RG e CPF ou CNH

#### Companheiro(a)

- Cópia do RG e CPF ou CNH
- 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

**Filhos solteiros, até os 21 anos de idade ou até os 24 anos, caso sejam estudantes de cursos superiores reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC).**

- Certidão de nascimento aceita para dependentes até 15 anos
- Cópia do RG e CPF obrigatório para dependentes acima de 16 anos
- Declaração Universitária em papel timbrado contendo CNPJ e carimbo da instituição de ensino (obrigatória entre 22 e 24 anos)

#### Filho(a) inválido(a) de qualquer idade

- Cópia do RG e CPF obrigatório para dependentes acima de 16 anos
- Cópia da Certidão de Nascimento aceita com até 15 anos
- Cópia da autenticada do atestado de invalidez emitido pelo INSS

#### Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia do RG e CPF obrigatório para dependentes acima de 16 anos
- Cópia da Certidão de Nascimento aceita com até 15 anos
- Cópia do Termo de Guarda Judicial Definitivo

## ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Igarassu e região.

## 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.

- **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.

## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: abril (saúde) e outubro (odonto).

## VIGÊNCIA

| 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)

| PROCEDIMENTOS                         | CARÊNCIAS |
|---------------------------------------|-----------|
| Acidente Pessoal / Emergência         | 24 horas  |
| Consulta Médica                       | 24 horas  |
| Exames Laboratoriais e Raio X Simples | 24 horas  |
| Ecocardiograma                        | 24 horas  |
| Ultrassonografia                      | 24 horas  |
| Endoscopia Digestiva                  | 180 dias  |
| Densitometria Óssea                   | 180 dias  |
| Internação                            | 180 dias  |
| Pequenos Procedimentos Ambulatoriais  | 180 dias  |
| Quimioterapia                         | 180 dias  |
| Tomografia Computadorizada            | 180 dias  |
| Parto                                 | 300 dias  |
| Doenças Preexistentes                 | 24 meses  |
| Odontologia (Quando contratado)       | 60 dias   |