

# MANUAL DE VENDAS

## PREFEITURA DE IPOJUCA



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\$ 192,38   | R\$ 259,70   | R\$ 250,13   | R\$ 337,65   |
|              | 19 A 43 ANOS | R\$ 288,57   | R\$ 389,54   | R\$ 375,11   | R\$ 506,42   |
|              | 44 A 58 ANOS | R\$ 476,11   | R\$ 642,74   | R\$ 618,94   | R\$ 835,55   |
|              | + DE 59 ANOS | R\$ 1.142,65 | R\$ 1.542,57 | R\$ 1.485,43 | R\$ 2.005,31 |

**AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA**

**ODONTO ADESÃO (OPCIONAL): R\$ 18,62**

## QUEM PODE ADERIR

Servidores Públicos ativos da Prefeitura de Ipojuca.

## 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

Ipojuca 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: janeiro 2022 (saúde) e abril 2021 (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   |