



ANS - nº 359017

ANS - nº 368253

ANS - nº 41.742-4

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA  
SINDILOJAS - RECIFE

**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**

PRODUTO	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
<b>SEGMENTAÇÃO</b>	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
<b>COPARTICIPAÇÃO</b>	✓ Total	✓ Total	✓ Total	✓ Parcial	✓ Parcial	✓ Parcial
<b>ABRANGÊNCIA</b>	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
<b>ACOMODAÇÃO</b>	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
<b>CÓDIGO ANS</b>	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
<b>0 a 18 anos</b>	R\$ 148,37	R\$ 197,84	R\$ 282,49	R\$ 178,22	R\$ 232,56	R\$ 348,17
<b>19 a 23 anos</b>	R\$ 166,17	R\$ 221,57	R\$ 316,39	R\$ 199,61	R\$ 260,46	R\$ 389,95
<b>24 a 28 anos</b>	R\$ 186,11	R\$ 248,16	R\$ 354,35	R\$ 223,56	R\$ 291,72	R\$ 436,74
<b>29 a 33 anos</b>	R\$ 214,04	R\$ 285,38	R\$ 407,51	R\$ 257,09	R\$ 335,47	R\$ 502,26
<b>34 a 38 anos</b>	R\$ 246,14	R\$ 328,20	R\$ 468,64	R\$ 295,66	R\$ 385,80	R\$ 577,60
<b>39 a 43 anos</b>	R\$ 292,91	R\$ 390,56	R\$ 557,68	R\$ 351,83	R\$ 459,10	R\$ 687,34
<b>44 a 48 anos</b>	R\$ 366,14	R\$ 488,19	R\$ 697,10	R\$ 439,79	R\$ 573,88	R\$ 859,18
<b>49 a 53 anos</b>	R\$ 457,68	R\$ 610,24	R\$ 871,37	R\$ 549,74	R\$ 717,35	R\$ 1.073,97
<b>54 a 58 anos</b>	R\$ 778,06	R\$ 1.037,40	R\$ 1.481,34	R\$ 934,56	R\$ 1.219,50	R\$ 1.825,75
<b>59 anos ou +</b>	R\$ 871,43	R\$ 1.161,89	R\$ 1.659,11	R\$ 1.046,71	R\$ 1.365,85	R\$ 2.044,85

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 19,79



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	20% limitado a R\$ 17,31	Isento
Consultas de Urgência	20% limitado a R\$ 28,85	Isento
Exames Simples	20% limitado a R\$ 17,31	Isento
Exames Complexos	20% limitado a R\$ 68,18	Isento
Terapias	50% limitado a R\$ 64,30	50% Limitado a R\$ 64,30
Internações	Isento	Isento

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 DO COMÉRCIO DE BENS, SERVIÇOS E TURISMO QUE:

- Estejam ativas na Receita Federal, independente da data de abertura, exceto MEI, que precisam estar ativas por mais de 6 meses (de acordo com a RN 557, art.9, da ANS) na data de assinatura do Termo de Adesão Affix - SINDILOJAS.
- Preencham o Termo de Adesão Affix - SINDILOJAS e documentos necessários tenham sido recebidos e aprovados, respeitados os prazos do quadro no verso.
- Não tenham contrato ativo no Hapvida.
- Sejam associadas ao SINDILOJAS ou que um dos sócios da empresa seja vinculado ao Cartão do Empresário - SINDILOJAS.



## 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 administrador;
- Termo de Adesão Affix – Projeto SINDILOJAS ou cópia da carteirinha SINDILOJAS e comprovante de pagamento da taxa associativa do ano vigente, caso já seja filiada;
- Para inclusões acima de 29 beneficiários, enviar GFIP completa assinada pelo sócioadministrador, 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);
- 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);
- 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;
- Cópia de RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias);
- 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 21 anos ou 24 anos e 10 meses, se universitário

- Cópia de Certidão de Nascimento (aceita até 15 anos);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Vínculo universitário (idade entre 22 a 24 anos).

### Filho(a) Inválido(a)

- Cópia de Certidão de Nascimento até 15 anos de idade;
- Cópia de RG e CPF acima de 16 anos de idade;
- Cópia do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

### Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia de Certidão de Nascimento até 15 anos de idade;
- Cópia de RG e CPF acima de 16 anos de idade;
- Cópia 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

NOSSO PLANO A CE GM JN 090 (484.248/19-1): PE – Cabo de Santo Agostinho, Goiana, Olinda, Paulista e Recife.

NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 (484.252/19-9) e NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 (484.251/19-1): PE - Cabo de Santo Agostinho e Recife.



## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: JANEIRO 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 e exames simples (laboratoriais e Raio-X sem contraste)	30 dias	24 horas	Imediato
Exames cardiológicos simples (exceto PAC); exames oftalmológicos (exceto PAC); exames de otorrino simples (exceto PAC); exames de Raio-X contrastados (exceto PAC); exames de ultrassonografia (exceto PAC).	90 dias	90 dias	Imediato
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)	180 dias	180 dias	Imediato
Internação hospitalar clínica e cirúrgica, demais procedimentos relacionados a exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais (exceto parto e CPT)	180 dias	180 dias	Imediato
Parto	300 dias	300 dias	Imediato
Internações e tratamentos de doenças e lesões preexistentes.	24 meses	24 meses	24 meses

### 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