

**15%****DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\***

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA  
ARACAJU

**CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - AFFIX EMPRESAS****Administradora de Benefícios/Contratante:** Affix Administradora de Benefícios.**Planos com segmentação:** 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<br>A CE GM<br>JN 090 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM ENF<br>JN 093 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM APT<br>JN 094 | NOSSO PLANO<br>A CE GM<br>JN 090 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM ENF<br>JN 093 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM APT<br>JN 094 |
| 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                                                      |         | 484.248/19-1                     | 484.252/19-9                           | 484.251/19-1                           | 484.248/19-1                     | 484.252/19-9                           | 484.251/19-1                           |
| FAIXA ETÁRIA                                                    | 0 a 18  | R\$ 111,54                       | R\$ 139,35                             | R\$ 187,56                             | R\$ 159,59                       | R\$ 248,94                             | R\$ 335,51                             |
|                                                                 | 19 a 23 | R\$ 124,93                       | R\$ 156,07                             | R\$ 210,07                             | R\$ 178,74                       | R\$ 278,82                             | R\$ 375,76                             |
|                                                                 | 24 a 28 | R\$ 139,92                       | R\$ 174,80                             | R\$ 235,28                             | R\$ 200,19                       | R\$ 312,27                             | R\$ 420,85                             |
|                                                                 | 29 a 33 | R\$ 160,91                       | R\$ 201,02                             | R\$ 270,57                             | R\$ 230,22                       | R\$ 359,11                             | R\$ 483,98                             |
|                                                                 | 34 a 38 | R\$ 185,05                       | R\$ 231,18                             | R\$ 311,16                             | R\$ 264,76                       | R\$ 412,98                             | R\$ 556,57                             |
|                                                                 | 39 a 43 | R\$ 220,22                       | R\$ 275,10                             | R\$ 370,27                             | R\$ 315,06                       | R\$ 491,44                             | R\$ 662,32                             |
|                                                                 | 44 a 48 | R\$ 275,27                       | R\$ 343,88                             | R\$ 462,84                             | R\$ 393,83                       | R\$ 614,30                             | R\$ 827,90                             |
|                                                                 | 49 a 53 | R\$ 344,09                       | R\$ 429,85                             | R\$ 578,55                             | R\$ 492,29                       | R\$ 767,88                             | R\$ 1.034,88                           |
|                                                                 | 54 a 58 | R\$ 584,94                       | R\$ 730,75                             | R\$ 983,54                             | R\$ 836,90                       | R\$ 1.305,39                           | R\$ 1.759,30                           |
|                                                                 | + de 59 | R\$ 655,14                       | R\$ 818,43                             | R\$ 1.101,56                           | R\$ 937,34                       | R\$ 1.462,04                           | R\$ 1.970,41                           |
| ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 - OPCIONAL R\$ 22,61 |         |                                  |                                        |                                        |                                  |                                        |                                        |

**15%****DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\*****TABELA  
SEM DESCONTO.  
\*APLICAR CONDIÇÃO  
ATÉ AS VIGÊNCIAS  
DE DEZEMBRO.****affix**



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS                   | COPARTICIPAÇÃO TOTAL       | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Consultas Eletivas              | Valor fixo R\$ 23,53       | -                      |
| Consultas de Urgência           | Valor fixo R\$ 40,39       | -                      |
| Exames Simples                  | 40% limitando a R\$ 42,40  | -                      |
| Exames Complexos                | 40% limitando a R\$ 106,00 | -                      |
| Terapias Neurológicas Especiais | Valor fixo R\$ 73,03       | Valor fixo R\$ 73,03   |
| Demais Terapias                 | Valor fixo R\$ 22,47       | Valor fixo R\$ 22,47   |

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:

- 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. art.9 da ANS) na data de assinatura do Termo de Adesão Affix.
- b) O TERMO DE ADESÃO AFFIX 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 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.

### 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.



## 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.
- 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.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br). A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.
- **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 COMERCIALIZAÇÃO

SE: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Laranjeiras, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão.



## ÁREA DE ABRANGÊNCIA

484.248/19-1 NOSSO PLANO A CE GM JN 90 – SE: Aracaju.

484.252/19-9 NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 – SE: Aracaju.

484.251/19-1 NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094 – SE: Aracaju.



## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: JUNHO 2026.



## VIGÊNCIAS

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

| VENDA             | 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 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              |