

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

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA  
SÃO LUÍS

**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<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\$ 133,28                       | R\$ 148,24                             | R\$ 188,60                             | R\$ 158,46                       | R\$ 186,99                             | R\$ 278,32                             |
|                | 19 a 23 | R\$ 149,27                       | R\$ 166,03                             | R\$ 211,23                             | R\$ 177,47                       | R\$ 209,44                             | R\$ 311,71                             |
|                | 24 a 28 | R\$ 167,18                       | R\$ 185,95                             | R\$ 236,58                             | R\$ 198,77                       | R\$ 234,57                             | R\$ 349,13                             |
|                | 29 a 33 | R\$ 192,26                       | R\$ 213,84                             | R\$ 272,06                             | R\$ 228,58                       | R\$ 269,76                             | R\$ 401,50                             |
|                | 34 a 38 | R\$ 221,10                       | R\$ 245,92                             | R\$ 312,87                             | R\$ 262,87                       | R\$ 310,22                             | R\$ 461,72                             |
|                | 39 a 43 | R\$ 263,11                       | R\$ 292,64                             | R\$ 372,32                             | R\$ 312,82                       | R\$ 369,16                             | R\$ 549,45                             |
|                | 44 a 48 | R\$ 328,89                       | R\$ 365,80                             | R\$ 465,40                             | R\$ 391,02                       | R\$ 461,45                             | R\$ 686,81                             |
|                | 49 a 53 | R\$ 411,12                       | R\$ 457,25                             | R\$ 581,76                             | R\$ 488,78                       | R\$ 576,82                             | R\$ 858,51                             |
|                | 54 a 58 | R\$ 698,90                       | R\$ 777,32                             | R\$ 988,99                             | R\$ 830,92                       | R\$ 980,59                             | R\$ 1.459,47                           |
|                | + de 59 | R\$ 782,77                       | R\$ 870,60                             | R\$ 1.107,67                           | R\$ 930,63                       | R\$ 1.098,26                           | R\$ 1.634,61                           |

**+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 22,57 (COPARTICIPAÇÃO TOTAL) | R\$ 21,95 (COPARTICIPAÇÃO PARCIAL)****15%****DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\*****TABELA  
SEM DESCONTO.  
\*APLICAR CONDIÇÃO  
PARA AS VIGÊNCIAS  
01/07 ATÉ 20/08.****affix**



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS                   | COPARTICIPAÇÃO TOTAL | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|---------------------------------|----------------------|------------------------|
| Consultas Eletivas              | Valor fixo R\$ 21,20 | -                      |
| Consultas de Urgência           | Valor fixo R\$ 37,10 | -                      |
| Exames Simples                  | Valor fixo R\$ 10,60 | -                      |
| Exames Complexos                | Valor fixo R\$ 79,50 | -                      |
| Terapias Neurológicas Especiais | Valor fixo R\$ 68,90 | Valor fixo R\$ 68,90   |
| Demais Terapias                 | Valor fixo R\$ 21,20 | 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:

- 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.

#### 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

MA – São Luís.



## 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

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              |