



ANS n° 368253



ANS n° 359017



ANS - n° 41.742-4



# MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA ADESÃO  
NATAL

**CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO HAPVIDA**

Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.

Plano com segmentação: ambulatorial ou ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação total ou parcial, com ou sem plano odontológico. Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.


**TABELA**

COPARTICIPAÇÃO		TOTAL			PARCIAL		
PLANO	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 238	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 238	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196	
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Ambulatorial	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	
ABRANGÊNCIA	Grupo Municípios	Municipal		Grupo Municípios	Municipal		
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	
CÓDIGO ANS	485.727/20-5	485.709/20-7	485.719/20-4	485.727/20-5	485.709/20-7	485.719/20-4	
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R\$ 88,16	R\$ 161,81	R\$ 232,63	R\$ 118,08	R\$ 211,67	R\$ 307,44
	19 a 23	R\$ 115,61	R\$ 207,14	R\$ 300,62	R\$ 155,20	R\$ 272,95	R\$ 399,37
	24 a 28	R\$ 131,58	R\$ 235,19	R\$ 342,69	R\$ 176,78	R\$ 310,87	R\$ 456,25
	29 a 33	R\$ 146,60	R\$ 260,99	R\$ 381,39	R\$ 197,09	R\$ 345,75	R\$ 508,59
	34 a 38	R\$ 154,20	R\$ 273,03	R\$ 399,46	R\$ 207,37	R\$ 362,03	R\$ 533,01
	39 a 43	R\$ 172,93	R\$ 305,91	R\$ 448,76	R\$ 232,69	R\$ 406,48	R\$ 599,68
	44 a 48	R\$ 211,12	R\$ 368,77	R\$ 543,06	R\$ 284,33	R\$ 491,47	R\$ 727,17
	49 a 53	R\$ 292,22	R\$ 501,25	R\$ 741,76	R\$ 393,98	R\$ 670,57	R\$ 995,83
	54 a 58	R\$ 393,39	R\$ 669,64	R\$ 994,32	R\$ 530,77	R\$ 898,22	R\$ 1.337,33
	+ de 59	R\$ 510,45	R\$ 864,49	R\$ 1.286,57	R\$ 689,06	R\$ 1.161,64	R\$ 1.732,48

**PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - 485.365/20-2 (AMBULATORIAL) / +ODONTO PREMIUM ADESÃO - 476.835/16-3 (ENFERMARIA/APARTAMENTO)**



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 37,10	-
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 53,00	-
Exames Simples	Valor fixo R\$ 15,90	-
Exames Complexos	Valor fixo R\$ 106,00	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.



## QUEM PODE ADERIR

### **FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES**

Estudantes, a partir de 5 anos, do ensino infantil, fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação do ensino superior, devidamente comprovado.

- Comprovante de matrícula ou comprovante da mensalidade quitado ou declaração de escolaridade, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e assinado pela instituição (últimos 60 dias) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

### **UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS**

Profissionais liberais.

- Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

### **ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA**

Profissionais do comércio, indústria e serviços.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

### **FADESP - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ADVOGADOS ESTAGIÁRIOS E BACHARÉIS**

Todos os advogados, bacharéis e estagiários de Direito.

- Cópia do Diploma (frente e verso) ou Cópia da Carteira da OAB + Ficha associativa devidamente assinada e datada ou Cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 7,00 por mês.

### **ANSP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS**

Servidores públicos ativos: Municipais, Estaduais e Federais.

- Cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.



## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

### TITULAR

- Declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do Cartão do associado;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias);
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

### DEPENDENTES

#### **Cônjuge**

- Cópia do RG e CPF;
- Cópia de Certidão de Casamento.

#### **Companheiro(a)**

- Cópia do RG e CPF;
- 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, ou escritura pública de união estável que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável.

#### **Filhos naturais, adotivos e enteados solteiros, netos e bisnetos, até 24 anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Termo de adoção/guarda judicial.

#### **Filhos(as) com invalidez permanente**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

#### **Pai e mãe**

- Cópia da Certidão de Casamento ou Cópia do RG/CNH do pai ou da mãe do titular ou do cônjuge do titular.

#### **Avô e avó**

- Cópia da Certidão de Nascimento do titular ou do cônjuge do titular.

#### **Irmão(ã)**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG/CNH do irmão ou irmã do titular ou do cônjuge do titular.

#### **Tio(a)**

- Cópia da Certidão de Nascimento do titular ou do cônjuge do titular.

#### **Sobrinho(a) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG/CNH do irmão(ã) e do sobrinho(a) do titular ou do cônjuge do titular.

#### **Netos(as)**

- Cópia da Certidão de Nascimento do titular ou cópia do RG/CNH do neto(a) e do filho(a) do titular ou do cônjuge do titular.

#### **Somente para entidade FNEL - Estudantes**

Para beneficiário titular, cuja contratação ocorra por meio de Entidade Estudantil, a partir de 5 anos de idade e menores de 17 anos de idade completos (17 anos, 11 meses e 29 dias) até a data da vigência da proposta de adesão do beneficiário, ficará facultada a inclusão como seus dependentes:

#### **Pai e mãe**

- Cópia da Certidão de Casamento ou Cópia do RG/CNH do pai ou da mãe do titular ou do cônjuge do titular.

#### **Irmão(a) sem limite de idade**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG/CNH do irmão ou irmã do titular ou do cônjuge do titular.



## 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 as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **SETEMBRO/2025**.
- Cópias dos documentos anexados à proposta de adesão deverão estar legíveis.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta do beneficiário titular ao contrato coletivo.
- A venda será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno de 90 (noventa) dias do cancelamento.
- Em caso de titulares menores, os responsáveis pela assinatura da proposta devem ser: pai, mãe, responsável legal ou terceiros. Documentação necessária: RG; CPF e Carta ou Termo assinado assumindo a responsabilidade financeira.
- **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 CA GM CC QC 238 (485.727/20-5): RN – Natal e São Gonçalo do Amarante.

NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 174 (485.709/20-7) E NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 196 (485.719/20-4): RN - Natal.



## VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01 de cada mês
Dia 10	Todo dia 10 de cada mês
Dia 20	Todo dia 20 de cada mês



# CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

## CARÊNCIAS PLANO DE SAÚDE

COBERTURA	CARÊNCIAS CONTRATUAIS	CARÊNCIAS PROMOCIONAIS
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula 5.1, em conformidade com a CONSU N° 13/98.	24 horas	24 horas
Cobertura de 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	Isento
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 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
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; Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 dias	180 dias
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
Cobertura de parto a termo.	300 dias	300 dias

### COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:

#### CPT - 24 MESES

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) não se confunde com carência contratual.

## 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