MANUAL DE VENDAS
PREFEITURA DE OLINDA

ANS - nº 36.922-3

ANS - nº 41.742-4

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$ 174,15	R$ 235,09	R$ 226,42	R$ 305,65
	19 A 43 ANOS	R$ 261,22	R$ 352,62	R$ 339,56	R$ 458,42
	44 A 58 ANOS	R$ 430,99	R$ 581,82	R$ 560,28	R$ 756,36
	+ DE 59 ANOS	R$ 1.034,35	R$ 1.396,37	R$ 1.344,65	R$ 1.815,25

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA

ODONTO ADESÃO (OPCIONAL): R$ 22,69

QUEM PODE ADERIR

Servidores Públicos ativos da Prefeitura de Olinda.

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.

Filho(a) até 21 anos ou 24 anos, se universitário

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

Filho(a) inválido(a) de qualquer idade

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

Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitivo.

ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Olinda 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.

REAJUSTE

Mês do reajuste anual: janeiro (saúde) e agosto (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