



ANS - nº 36.825-3



ANS - nº 41.742-4



**40%**

\*DESCONTO VÁLIDO NA PRIMEIRA  
MENSALIDADE. EXCLUSIVIDADE MG.

## MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA  
UBERLÂNDIA

**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 MUN<br>CC RN1 21 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM ENF<br>CC RN1 079 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM APT<br>CC SF 056 | NOSSO PLANO<br>A CE MUN<br>CC RN1 21 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM ENF<br>CC RN1 079 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM APT<br>CC SF 056 |
| 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                                                         |         | 485.918/20-9                         | 493.818/22-6                               | 487.730/20-6                              | 485.918/20-9                         | 493.818/22-6                               | 487.730/20-6                              |
| FAIXA ETÁRIA                                                       | 0 a 18  | R\$ 127,85                           | R\$ 158,47                                 | R\$ 213,40                                | R\$ 195,55                           | R\$ 234,72                                 | R\$ 316,39                                |
|                                                                    | 19 a 23 | R\$ 147,02                           | R\$ 177,49                                 | R\$ 239,01                                | R\$ 224,88                           | R\$ 262,89                                 | R\$ 354,36                                |
|                                                                    | 24 a 28 | R\$ 169,08                           | R\$ 198,79                                 | R\$ 267,69                                | R\$ 258,62                           | R\$ 294,44                                 | R\$ 396,88                                |
|                                                                    | 29 a 33 | R\$ 194,43                           | R\$ 228,60                                 | R\$ 307,84                                | R\$ 297,42                           | R\$ 338,60                                 | R\$ 456,41                                |
|                                                                    | 34 a 38 | R\$ 223,60                           | R\$ 262,90                                 | R\$ 354,02                                | R\$ 342,03                           | R\$ 389,39                                 | R\$ 524,88                                |
|                                                                    | 39 a 43 | R\$ 257,14                           | R\$ 312,85                                 | R\$ 421,29                                | R\$ 393,33                           | R\$ 463,38                                 | R\$ 624,60                                |
|                                                                    | 44 a 48 | R\$ 313,71                           | R\$ 391,06                                 | R\$ 526,61                                | R\$ 479,86                           | R\$ 579,22                                 | R\$ 780,75                                |
|                                                                    | 49 a 53 | R\$ 407,83                           | R\$ 488,82                                 | R\$ 658,27                                | R\$ 623,83                           | R\$ 724,02                                 | R\$ 975,95                                |
|                                                                    | 54 a 58 | R\$ 530,17                           | R\$ 831,01                                 | R\$ 1.119,06                              | R\$ 810,98                           | R\$ 1.230,85                               | R\$ 1.659,11                              |
|                                                                    | + de 59 | R\$ 766,90                           | R\$ 930,73                                 | R\$ 1.253,35                              | R\$ 1.173,09                         | R\$ 1.378,55                               | R\$ 1.858,20                              |
| + ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,95 |         |                                      |                                            |                                           |                                      |                                            |                                           |





## 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\$ 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

MG - Uberaba e Uberlândia.



## 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 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 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              |