



MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA
PREFEITURA DE AQUIRAZ

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 sem coparticipação.
 Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.

TABELA

| PRODUTO | NOSSO PLANO | NOSSO PLANO | MIX | MIX | PLENO | PLENO |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| SEGMENTAÇÃO | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst | Amb + Hosp + Obst |
| COPARTICIPAÇÃO | × | × | × | × | × | × |
| ABRANGÊNCIA | Grupo de Municípios | Grupo de Municípios | Grupo de Municípios | Grupo de Municípios | Grupo de Municípios | Grupo de Municípios |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento |
| 0 a 18 anos | R\$ 391,06 | R\$ 510,42 | R\$ 469,16 | R\$ 615,78 | R\$ 578,07 | R\$ 762,97 |
| 19 a 43 anos | R\$ 561,74 | R\$ 740,85 | R\$ 678,76 | R\$ 898,86 | R\$ 842,19 | R\$ 1.119,38 |
| 44 a 58 anos | R\$ 912,64 | R\$ 1.204,56 | R\$ 1.106,56 | R\$ 1.464,99 | R\$ 1.374,34 | R\$ 1.825,61 |
| + de 59 anos | R\$ 2.076,42 | R\$ 2.785,69 | R\$ 2.539,82 | R\$ 3.411,31 | R\$ 3.187,17 | R\$ 4.285,17 |

PLANO ODONTOLÓGICO INCLUÍDO

REAJUSTE

Mês do reajuste anual: OUTUBRO DE 2025.

QUEM PODE ADERIR

Servidores Públicos ativos da Prefeitura de Aquiraz.



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.

Filhos solteiros, até os 21 anos de idade ou até os 24 anos, caso sejam estudantes de cursos superiores reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC)

- Certidão de nascimento aceita para dependentes até 15 anos.
- Cópia do RG e CPF obrigatório para dependentes acima de 16 anos.
- Declaração Universitária em papel timbrado contendo CNPJ e carimbo da instituição de ensino (obrigatória entre 22 e 24 anos).

Filho(a) inválido(a) de qualquer idade

- Cópia RG e CPF
- Cópia da Certidão de Nascimento aceita com até 15 anos.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da autenticada do atestado de invalidez emitido pelo INSS.

Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia RG e CPF.
- Cópia da Certidão de Nascimento aceita com até 15 anos.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia do Termo de Guarda Judicial Definitivo.

ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



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 o beneficiário que tiver seu plano alterado/cancelado em um prazo de até 90 (noventa) dias, contados da data da mudança.
- **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

Aquiraz e região.



VIGÊNCIA

VIGÊNCIA

VENCIMENTO

Dia 01

Dia 05



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIA CONTRATUAL |
|---------------------------------------|---------------------|
| 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 |