



15%

DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES*

MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA NDI
MACEIÓ

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 A CE GM JN 090	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT 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\$ 154,77	R\$ 208,19	R\$ 311,46	R\$ 229,81	R\$ 289,93	R\$ 434,19
	19 a 23	R\$ 173,34	R\$ 233,17	R\$ 348,84	R\$ 257,39	R\$ 324,71	R\$ 486,29
	24 a 28	R\$ 194,14	R\$ 261,16	R\$ 390,71	R\$ 288,28	R\$ 363,68	R\$ 544,65
	29 a 33	R\$ 223,27	R\$ 300,33	R\$ 449,32	R\$ 331,52	R\$ 418,23	R\$ 626,35
	34 a 38	R\$ 256,76	R\$ 345,38	R\$ 516,72	R\$ 381,24	R\$ 480,96	R\$ 720,30
	39 a 43	R\$ 305,55	R\$ 411,00	R\$ 614,89	R\$ 453,68	R\$ 572,34	R\$ 857,16
	44 a 48	R\$ 381,94	R\$ 513,75	R\$ 768,61	R\$ 567,10	R\$ 715,43	R\$ 1.071,45
	49 a 53	R\$ 477,42	R\$ 642,19	R\$ 960,76	R\$ 708,88	R\$ 894,29	R\$ 1.339,32
	54 a 58	R\$ 811,61	R\$ 1.091,73	R\$ 1.633,30	R\$ 1.205,09	R\$ 1.520,28	R\$ 2.276,84
	+ de 59	R\$ 909,00	R\$ 1.222,74	R\$ 1.829,29	R\$ 1.349,71	R\$ 1.702,72	R\$ 2.550,06

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 20,48 (COPARTICIPAÇÃO TOTAL) | R\$ 21,95 (COPARTICIPAÇÃO PARCIAL)

15%

TABELA
SEM DESCONTO.
*APLICAR CONDIÇÃO
PARA AS VIGÊNCIAS
01/25 ATÉ 03/25.

**DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES***



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 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)

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 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 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

AL – Maceió.



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