



Sindivarejista **DF**  
Sindicato do Sistema Comércio



**15%**

**DESCONTO**  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES

## MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA  
SINDIVAREJISTA - DF

**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 CC<br>CORP SV 420 | NOSSO PLANO<br>AHO CE MUN ENF<br>CC CORP 382 | NOSSO PLANO<br>AHO CE MUN APT<br>CC CORP 384 | NOSSO PLANO<br>A CE MUN CC<br>CORP SV 420 | NOSSO PLANO<br>AHO CE MUN ENF<br>CC CORP 382 | NOSSO PLANO<br>AHO CE MUN APT<br>CC CORP 384 |
| SEGMENTAÇÃO                                                     |         | Ambulatorial                              | Amb +Hosp +Obst                              | Amb +Hosp +Obst                              | Ambulatorial                              | Amb +Hosp +Obst                              | Amb +Hosp +Obst                              |
| ABRANGÊNCIA                                                     |         | Municipal                                 |                                              |                                              | Municipal                                 |                                              |                                              |
| ACOMODAÇÃO                                                      |         | Indisponível                              | Enfermaria                                   | Apartamento                                  | Indisponível                              | Enfermaria                                   | Apartamento                                  |
| CÓDIGO ANS                                                      |         | 492.146/22-1                              | 491.902/22-5                                 | 491.898/22-3                                 | 492.146/22-1                              | 491.902/22-5                                 | 491.898/22-3                                 |
| FAIXA ETÁRIA                                                    | 0 a 18  | R\$ 124,34                                | R\$ 147,99                                   | R\$ 222,01                                   | R\$ 152,87                                | R\$ 168,16                                   | R\$ 252,28                                   |
|                                                                 | 19 a 23 | R\$ 139,26                                | R\$ 165,75                                   | R\$ 248,65                                   | R\$ 171,21                                | R\$ 188,34                                   | R\$ 282,55                                   |
|                                                                 | 24 a 28 | R\$ 155,97                                | R\$ 185,64                                   | R\$ 278,49                                   | R\$ 191,76                                | R\$ 210,94                                   | R\$ 316,46                                   |
|                                                                 | 29 a 33 | R\$ 179,37                                | R\$ 213,49                                   | R\$ 320,26                                   | R\$ 220,52                                | R\$ 242,58                                   | R\$ 363,93                                   |
|                                                                 | 34 a 38 | R\$ 206,28                                | R\$ 245,51                                   | R\$ 368,30                                   | R\$ 253,60                                | R\$ 278,97                                   | R\$ 418,52                                   |
|                                                                 | 39 a 43 | R\$ 245,47                                | R\$ 292,16                                   | R\$ 438,28                                   | R\$ 301,78                                | R\$ 331,97                                   | R\$ 498,04                                   |
|                                                                 | 44 a 48 | R\$ 306,84                                | R\$ 365,20                                   | R\$ 547,85                                   | R\$ 377,23                                | R\$ 414,96                                   | R\$ 622,55                                   |
|                                                                 | 49 a 53 | R\$ 383,55                                | R\$ 456,50                                   | R\$ 684,81                                   | R\$ 471,54                                | R\$ 518,70                                   | R\$ 778,19                                   |
|                                                                 | 54 a 58 | R\$ 652,04                                | R\$ 776,05                                   | R\$ 1.164,18                                 | R\$ 801,62                                | R\$ 881,79                                   | R\$ 1.322,92                                 |
|                                                                 | + de 59 | R\$ 730,28                                | R\$ 869,18                                   | R\$ 1.303,88                                 | R\$ 897,81                                | R\$ 987,60                                   | R\$ 1.481,67                                 |
| ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 - OPCIONAL R\$ 23,95 |         |                                           |                                              |                                              |                                           |                                              |                                              |



TABELA  
SEM DESCONTO.  
APLICAR CONDIÇÃO  
SOMENTE ATÉ  
AS VIGÊNCIAS  
DE DEZ/26.



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS                   | COPARTICIPAÇÃO TOTAL      | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|---------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Consultas Eletivas              | Valor Fixo R\$ 25,42      | -                      |
| Consultas de Urgência           | Valor Fixo R\$ 43,63      | -                      |
| Exames Simples                  | 40% limitado a R\$ 45,79  | -                      |
| Exames Complexos                | 40% limitado a R\$ 114,48 | -                      |
| Terapias Neurológicas Especiais | Valor Fixo R\$ 78,87      | Valor Fixo R\$ 78,87   |
| Demais Terapias                 | Valor Fixo R\$ 24,27      | Valor Fixo R\$ 24,27   |

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 DO COMÉRCIO DE BENS, SERVIÇOS E TURISMO QUE:

- a) Estejam ativas na Receita Federal, independente da data de abertura, exceto MEI, que precisam estar ativas por mais de 6 meses (de acordo com a RN 557, art.9, da ANS) na data de assinatura do Termo de Adesão Affix - SINDIVAREJISTA - DF.
- b) Preençam o Termo de Adesão Affix - SINDIVAREJISTA - DF e documentos necessários tenham sido recebidos e aprovados, respeitados os prazos do quadro no verso.
- c) Não tenham contrato ativo no Hapvida.
- d) Sejam associadas ao SINDIVAREJISTA - DF ou que um dos sócios da empresa seja vinculado ao Cartão do Empresário - SINDIVAREJISTA - DF.



## 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.

### Filhos (as) naturais ou adotivos solteiros e netos, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) onde conste o nome de ambos os genitores e o RG de todos os ascendentes até que se comprove inequivocamente a relação de parentesco enunciada com o Titular e CPF obrigatório.

### Enteados (as) até 24 anos incompletos

- Cópia da certidão de nascimento ou RG (a partir de 16 anos) associada à certidão de casamento ou escritura pública de união estável e CPF obrigatório.

### Filhos(as) inválidos de qualquer idade

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

### Os tutelados(as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos de idade incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.

### Os curatelados(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada da comprovação legal pertinente.



## 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 até 90 (noventa) dias do cancelamento.
- A rede credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS. Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site: [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br). A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.
- **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

DF: Brasília, GO: Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Formosa, Novo Gama, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás.



## ÁREA DE ABRANGÊNCIA

492.146/22-1 NOSSO PLANO A CE MUN CC CORP SV 420 – DF: Brasília.  
491.902/22-5 NOSSO PLANO AHO CE MUN ENF CC CORP 382 – DF: Brasília.  
491.898/22-3 NOSSO PLANO AHO CE MUN APT CC CORP 384 – DF: Brasília.



## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: **FEVEREIRO 2027.**



## VIGÊNCIAS

**PARA ADESAO DOS SÓCIOS, ADMINISTRADORES, FUNCIONÁRIOS, ESTAGIÁRIOS E MENORES APRENDIZES**  
(DE 01 A 30 DO MÊS SEGUINTE, CONFORME QUADRO ABAIXO)

| VENDA             | 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         |



CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

### CARÊNCIAS PLANO DE SAÚDE

| PROCEDIMENTOS NORMAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CARÊNCIA CONTRATUAL | 1ª INCLUSÃO A PARTIR DE 2 VIDAS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Urgência / Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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                        |
| 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                         |
| 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                        |
| Cobertura de partos a termo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 300 dias            | 300 dias                        |

### 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              |