



**15%**

DESCONTO  
NAS 3 PRIMEIRAS  
MENSALIDADES\*

# MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA NDI  
GOIÂNIA

**CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - AFFIX EMPRESAS**

**Administradora de Benefícios/Contratante:** Affix Administradora de Benefícios.

**Planos com segmentação:** ambulatorial + hospitalar com obstetria, com coparticipação total ou parcial + odontológico (opcional). Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.



| COPARTICIPAÇÃO   |   | TOTAL                                     |   | PARCIAL                                   |              |
|--|---|---|---|---|--------------|
| PLANO  | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM ENF<br>CC SF 285 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM APT<br>CC SF 294 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM ENF<br>CC SF 285 | NOSSO PLANO<br>AHO CE GM APT<br>CC SF 294 |              |
| SEGMENTAÇÃO  | Amb +Hosp +Obst                           | Amb +Hosp +Obst                           | Amb +Hosp +Obst                           | Amb +Hosp +Obst                           |              |
| ABRANGÊNCIA  | Grupo de Municípios                       |   | Grupo de Municípios                       |   |              |
| ACOMODAÇÃO   | Enfermaria                                | Apartamento                               | Enfermaria                                | Apartamento                               |              |
| CÓDIGO ANS   | 487.815/20-9                              | 487.823/20-0                              | 487.815/20-9                              | 487.823/20-0                              |              |
| FAIXA ETÁRIA   | 0 a 18                                    | R\$ 172,07                                | R\$ 223,11                                | R\$ 217,79                                | R\$ 282,60   |
|  | 19 a 23                                   | R\$ 192,72                                | R\$ 249,89                                | R\$ 243,93                                | R\$ 316,51   |
|  | 24 a 28                                   | R\$ 215,85                                | R\$ 279,87                                | R\$ 273,20                                | R\$ 354,50   |
|  | 29 a 33                                   | R\$ 248,23                                | R\$ 321,85                                | R\$ 314,17                                | R\$ 407,67   |
|  | 34 a 38                                   | R\$ 285,46                                | R\$ 370,13                                | R\$ 361,30                                | R\$ 468,82   |
|  | 39 a 43                                   | R\$ 339,71                                | R\$ 440,46                                | R\$ 429,95                                | R\$ 557,90   |
|  | 44 a 48                                   | R\$ 424,63                                | R\$ 550,58                                | R\$ 537,44                                | R\$ 697,38   |
|  | 49 a 53                                   | R\$ 530,79                                | R\$ 688,23                                | R\$ 671,80                                | R\$ 871,73   |
|  | 54 a 58                                   | R\$ 902,35                                | R\$ 1.169,99                              | R\$ 1.142,06                              | R\$ 1.481,94 |
|  | + de 59                                   | R\$ 1.010,64                              | R\$ 1.310,38                              | R\$ 1.279,11                              | R\$ 1.659,78 |
| + ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,95 |   |   |   |   |              |



**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

GO - Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia e Quirinópolis.



## 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              |