



10%
DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES*

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA NOTREDAME
RIO DE JANEIRO

CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA NDI - AFFIX EMPRESAS
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CONTRATANTE: AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.
PLANO COM SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
TODAS AS COBERTURAS DA LEI Nº 9.656/98.



TABELA

DE 2 VIDAS OU MAIS VIDAS

COPARTICIPAÇÃO		TOTAL					
PLANO		SMART 150 GRANDE RIO CE CP ENF	SMART RIO CE CP ENF	ADVANCE 600	ADVANCE 600	ADVANCE 700	ADVANCE 700
SEGMENTAÇÃO		Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia					
ABRANGÊNCIA		Grupo Municípios		Nacional			
ACOMODAÇÃO		Efermaria	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS		490.621/21-7	497.299/23-6	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R\$ 102,67	R\$ 102,67	R\$ 228,30	R\$ 253,41	R\$ 280,12	R\$ 310,94
	19 a 23	R\$ 139,42	R\$ 139,43	R\$ 308,16	R\$ 342,06	R\$ 378,11	R\$ 419,71
	24 a 28	R\$ 153,36	R\$ 153,37	R\$ 364,19	R\$ 404,25	R\$ 446,85	R\$ 496,02
	29 a 33	R\$ 167,16	R\$ 167,17	R\$ 380,50	R\$ 422,36	R\$ 466,87	R\$ 518,24
	34 a 38	R\$ 169,66	R\$ 169,68	R\$ 393,21	R\$ 436,47	R\$ 482,47	R\$ 535,55
	39 a 43	R\$ 178,15	R\$ 178,16	R\$ 432,54	R\$ 480,12	R\$ 530,73	R\$ 589,11
	44 a 48	R\$ 252,44	R\$ 252,45	R\$ 562,30	R\$ 624,16	R\$ 689,95	R\$ 765,85
	49 a 53	R\$ 340,80	R\$ 340,81	R\$ 730,99	R\$ 811,41	R\$ 896,94	R\$ 995,61
	54 a 58	R\$ 408,96	R\$ 408,98	R\$ 950,28	R\$ 1.054,83	R\$ 1.166,02	R\$ 1.294,29
	+ de 59	R\$ 615,89	R\$ 615,92	R\$ 1.369,63	R\$ 1.520,32	R\$ 1.680,58	R\$ 1.865,45
INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA - 495.626/23-5							

10%

TABELA
SEM DESCONTO.
*APLICAR CONDIÇÃO
ATÉ AS VIGÊNCIAS
DE OUTUBRO.

**DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES***



TABELA

DE 2 VIDAS OU MAIS VIDAS

COPARTICIPAÇÃO		PARCIAL					
PLANO		SMART 150 GRANDE RIO CE CP ENF	SMART RIO CE CP ENF	ADVANCE 600	ADVANCE 600	ADVANCE 700	ADVANCE 700
SEGMENTAÇÃO		Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia					
ABRANGÊNCIA		Grupo Municípios		Nacional			
ACOMODAÇÃO		Efermaria	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS		490.621/21-7	497.299/23-6	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R\$ 121,27	R\$ 121,27	R\$ 304,40	R\$ 337,87	R\$ 373,48	R\$ 414,58
	19 a 23	R\$ 164,68	R\$ 164,68	R\$ 410,88	R\$ 456,06	R\$ 504,13	R\$ 559,60
	24 a 28	R\$ 181,15	R\$ 181,15	R\$ 485,58	R\$ 538,97	R\$ 595,78	R\$ 661,33
	29 a 33	R\$ 197,45	R\$ 197,45	R\$ 507,34	R\$ 563,11	R\$ 622,47	R\$ 690,96
	34 a 38	R\$ 200,41	R\$ 200,41	R\$ 524,28	R\$ 581,91	R\$ 643,26	R\$ 714,04
	39 a 43	R\$ 210,44	R\$ 210,43	R\$ 576,70	R\$ 640,10	R\$ 707,59	R\$ 785,45
	44 a 48	R\$ 298,20	R\$ 298,18	R\$ 749,71	R\$ 832,13	R\$ 919,87	R\$ 1.021,08
	49 a 53	R\$ 402,57	R\$ 402,54	R\$ 974,62	R\$ 1.081,77	R\$ 1.195,83	R\$ 1.327,40
	54 a 58	R\$ 483,08	R\$ 483,05	R\$ 1.267,00	R\$ 1.406,30	R\$ 1.554,58	R\$ 1.725,62
	+ de 59	R\$ 727,52	R\$ 727,47	R\$ 1.826,13	R\$ 2.026,90	R\$ 2.240,62	R\$ 2.487,14
INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA - 495.626/23-5							

10%

**TABELA
SEM DESCONTO.**
*APLICAR CONDIÇÃO
ATÉ AS VIGÊNCIAS
DE OUTUBRO.

**DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES***



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL SMART 150 GRANDE RIO	COPARTICIPAÇÃO TOTAL SMART 200 RIO	COPARTICIPAÇÃO TOTAL ADVANCE 600 / 700
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	30% Limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 58,10
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 73,00
Exames Simples	40% Limitado a R\$ 47,70	30% Limitado a R\$ 20,00	40% Limitado a R\$ 65,00
Exames Complexos	40% Limitado a R\$ 116,60	30% Limitado a R\$ 100,00	40% Limitado a R\$ 150,00
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% Limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 78,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% Limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 47,10
Internações	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 328,60

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.
Internações na rede credenciada.

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL SMART 150 GRANDE RIO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL SMART 200 RIO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL ADVANCE 600 / 700
Consultas Eletivas	-	-	-
Consultas de Urgência	-	-	-
Exames Simples	-	-	-
Exames Complexos	-	-	-
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% Limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 78,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% Limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 47,10

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.



VANTAGENS

PARA EMPRESA

- Não necessita pagar integralmente ou parte o 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 direta 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 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.

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.

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 ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno até 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.
- 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.gndi.com.br. A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.



REAJUSTE

Mês do reajuste anual: **JUNHO 2026**.



VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01





ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

REGIÃO ONDE A OPERADORA PODE VENDER O PLANO DE SAÚDE. PODE SER UM ÚNICO MUNICÍPIO, UM ESTADO OU, ATÉ MESMO, EM NÍVEL NACIONAL.

PLANOS	CIDADES DE COMERCIALIZAÇÃO
SMART 150 GRANDE RIO	RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.
SMART 200 RIO	RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.
ADVANCE 600 E 700	Nacional.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A ÁREA DE ABRANGÊNCIA REFERE-SE À REGIÃO GEOGRÁFICA ONDE A OPERADORA DE SAÚDE SE COMPROMETE A GARANTIR A COBERTURA DOS SERVIÇOS CONTRATADOS PELO BENEFICIÁRIO, PODENDO SER UM ÚNICO MUNICÍPIO, GRUPO DE MUNICÍPIOS, ESTADO, GRUPO DE ESTADOS OU NACIONAL.

PLANOS	CIDADES DE COMERCIALIZAÇÃO
SMART 150 GRANDE RIO	RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.
SMART 200 RIO	RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.
ADVANCE 600 E 700	Nacional.

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