

MANUAL DO CORRETOR

SUPER SIMPLES E PME

Versão: Dezembro/2024



Aceitação - Documentação Necessária - Empresa

PME

A partir de 1 vida* consulte as condições para contratação

Área de comercialização

São Paulo, Campinas, Jundiaí, Mogi das Cruzes, Santos, São Bernardo do Campo, Sorocaba, Americana e Rio de Janeiro.

Verificar os planos disponíveis para cada filial.

Micro-empreendedor Individual (MEI)

- 180 dias da data de abertura.
- Cód. e descrição da Natureza Jurídica (Cartão CNPJ) 213-5 Empresário Individual
- Apresentação da Declaração de Autenticidade.
- Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato Empresas/Titulares e dependentes.
- Cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial.
- Cópia do CNPJ atualizado.
- A contratação de planos está limitada à Linha Advance.
- Serão aceitos MEI como prestadores de serviços e/ou coligadas.

EI - Empresário Individual

- 180 dias da data de cobertura.
- Cód. e descrição da Natureza Jurídica (Cartão CNPJ) 213-5 Empresário Individual.
- Apresentação da Declaração de Autenticidade.
- Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato Empresas.
- Cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial.
- Cópia do CNPJ atualizado.

DEMAIS EMPRESAS, EIRELLI, LTDA, S/A, S/S e S/C

- Cópia do contrato social registrado no órgão competente ou requerimento de empresário, registrado na junta comercial.
- Cópia do RG/CNH do responsável pela assinatura do contrato.
- Cópia do CNPJ atualizado.
- Para associações, sindicatos, igrejas, condomínios ou cooperativa, além das documentações acima, apresentar Ata válida ou Estatuto.

EMPRESAS COLIGADAS

Coligada vínculo societário ou familiar:

- Podemos coligar empresas desde que tenham sócios em comum, filiais ou grupo familiar.

Processo:

- Deverá ser assinado o aditivo de coligadas.
- Cópia de documento que contenha assinatura.
- CNPJ atualizado de cada empresa.
- Máximo de 10 empresas, para 04 vidas no mínimo.
- Podemos coligar para Super Simples e PME.

Beneficiários

Aceitação

- Deve constar no Contrato Social

Documentação

- Cópia Contrato Social

Sócios Diretores Administradores

- Comprovar vínculo empregatício

- Relação do FGTS completa e atualizada.
- Funcionários recém-admitidos deverão apresentar: Cópia da página da carteira de trabalho física ou digital
- Demais documentos obrigatórios:
- Cópia RG (frente e verso) acima de 18 anos.
- Comprovante de endereço do titular.

Funcionários

Aprendizes

- Maiores de 14 e menores de 24 anos

- Contrato de aprendiz assinado pelo próprio e pelo representante legal da empresa. Quando menor de 18 anos, o responsável legal do aprendiz deverá assinar a declaração de saúde.

Estagiários

- Maiores de 16 anos

- Contrato de estágio assinado pelo estagiário, pelo representante legal da empresa carimbado e pela instituição de ensino. Quando menor de 18 anos, o responsável legal do estagiário deverá assinar a declaração de saúde.

BENEFICIÁRIO

Cônjuge/Companheiro(a)

- Declaração de Convívio Marital (modelo Hapvida NotreDame Intermédica), com assinatura digital pelo GOV.
- Escritura Pública de União Estável.

Aceita-se cônjuges/companheiro(a) até 65 anos se não ultrapassar 5% do total da massa.

Filho Solteiro

- Certidão de Nascimento ou RG (cópia frente e verso)

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Filho Adotivo

- Termo de guarda (provisória/definitiva) ou tutela emitido por juiz de direito e Certidão de Nascimento (cópias)

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Enteado

- Certidão de Nascimento ou RG (cópia frente e verso)
- Certidão de Casamento
- Declaração Pública de União Estável

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Pai/Mãe

- RG ou CNH do Titular
- Certidão de Nascimento ou Casamento

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Padrasto/Madrasta

- RG ou CNH do Titular; ou
- Certidão de Casamento; ou
- Escritura pública união estável do Titular
- Além de um dos documentos acima:
- Comprovante de união estável pai/mãe com padrasto/madrasta ou Certidão de Casamento

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Irmãos

- RG ou CNH do Titular; ou
- RG ou CNH do irmão; ou
- Certidão de Nascimento ou Casamento

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Cunhado(a)

- Certidão de Casamento do Titular; ou escritura pública de união estável; ou RG do cônjuge ou companheiro(a) do Titular; e
- Certidão de Casamento do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou escritura pública de união estável do irmão(ã)/cunhado(a) do Titular; ou RG do cunhado(a)

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Tio(a)

- Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento dos pais do Titular
- RG ou CNH do tio ou Certidão de Nascimento ou Casamento

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Sogro(a)

- Certidão de Casamento do Titular; ou
- Escritura pública de união estável

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Sobrinho(a)

- RG ou CNH do Titular e
- RG ou CNH do pai/mãe do sobrinho e
- RG ou CNH do sobrinho ou Certidão de Nascimento

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Genro/Nora

- Certidão de Casamento; ou
- Escritura pública de união estável

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Neto(a)

- Certidão de Nascimento do neto; ou
- RG ou CNH da mãe/pai do neto

Até 53 anos, 11 meses e 29 dias.

Os beneficiários dependentes serão incluídos no mesmo plano que o Titular.

ACEITAÇÃO - PREENCHIMENTO - BENEFICIÁRIOS

ATÉ 29 VIDAS

DOCUMENTAÇÃO Proposta Contratual Plano Coletivo.

Preenchimento: dados do Titular

- Nome da empresa
- Plano desejado
- Nome completo do Titular
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- Endereço de residência completo (CEP, rua/av., nº, bairro, município e UF)
- E-mail
- Telefones: celular, residencial e/ou contato

Preenchimento: dados do(s) dependente(s)

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário

• CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

- Beneficiário:

- Local e data
- Nome completo do beneficiário titular
- CPF do beneficiário titular
- Assinatura do beneficiário titular (conforme demais assinaturas da proposta)

- Intermediário corretor:

- Local e data
- Nome completo do corretor
- CPF do corretor
- Assinatura do corretor

• DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- Preenchimento:

- Nome completo do Titular
- Assinalar “N” ou “S” nas questões apresentadas (para todos os beneficiários)
- Informar peso e altura (para todos os beneficiários)
- Caso exista a informação “S” para alguma questão, informar: data, evento, descrição e esclarecimento
- Aceito carta de responsabilidade para empresas que não são MEI, Cartórios, Igrejas, Sindicatos e Associações.

O cliente deverá ter ciência de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto da declaração de saúde poderá ser considerada(o) como indício de fraude, sujeito às penalidades legais e administrativas, à responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com assistência médica e hospitalar, bem como poderá ensejar o cancelamento da proposta de adesão ou rescisão de contrato já vigente.

ACEITAÇÃO - PREENCHIMENTO - BENEFICIÁRIOS

A PARTIR DE 30 VIDAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

DOCUMENTAÇÃO

- FORMULÁRIO DE SAÚDE
A empresa deverá preencher o formulário de saúde e o representante legal deverá assiná-lo.

- Proposta Contratual Plano Coletivo.

Preenchimento: dados do Titular

- Nome da empresa
- Plano desejado
- Nome completo do Titular
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - do beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário
- Endereço de residência completo (CEP, rua/av., nº, bairro, município e UF)
- E-mail
- Telefones: celular, residencial e/ou contato

Preenchimento: dados do(s) dependente(s)

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas - próprio beneficiário
- Nome da mãe do beneficiário

EXISTE a opção de cadastro via arquivo, desse modo, o preenchimento da planilha dispensa a digitação manual.

• PLANILHA DE PREENCHIMENTO (LAYOUT)

- Todos os campos devem ser preenchidos.
- Não é permitido informar somente o telefone da empresa ou que haja duplicidade de número de telefones.
- Deve constar o endereço de cada funcionário.
- Todos os itens obrigatórios devem ser observados e a não informação resultará na devolução do contrato.
- O número e o nome da empresa devem ser salvos.
- A proposta deverá ser protocolada na Hapvida NotreDame Intermédica e deverá ser comunicado que os beneficiários estão incluídos via planilha.
- Aceito carta de responsabilidade para empresas que não são MEI, Cartórios, Igrejas, Sindicatos e Associações.

O cliente deverá ter ciência de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto da declaração de saúde poderá ser considerada(o) como indício de fraude, sujeito às penalidades legais e administrativas, à responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com assistência médica e hospitalar, bem como poderá ensejar o cancelamento da proposta de adesão ou rescisão de contrato já vigente.

REGRAS DE REPIQUE

CONTRATO ORIGEM	CONTRATO ATUAL	PRAZO REPIQUE	RETORNO
PF		90 DIAS	Não será considerado repique se o contrato anterior tiver permanecido ativo e adimplente por no mínimo 12 meses
ADESAO		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo da Adesaõ
SS	PF	90 DIAS	Não será considerado repique se o contrato anterior tiver permanecido ativo e adimplente por no mínimo 12 meses
PME 2		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo do PME
PAD		90 DIAS	Não será considerado repique , se o retorno for superior há 30 dias da data de cancelamento
PJ		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo do PJ
PF		90 DIAS	Não será considerado repique se o contrato anterior tiver permanecido ativo e adimplente por no mínimo 12 meses
ADESAO		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo da Adesaõ
SS	SS	90 DIAS	Não será considerado repique se o contrato anterior tiver permanecido ativo e adimplente por no mínimo 12 meses
PME 2		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo do PME
PAD		90 DIAS	Não será considerado repique , se o retorno for superior há 30 dias da data de cancelamento
PJ		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo do PJ
PF		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo do PF
ADESAO		90 DIAS	Só consideramos repique se for transferência ou entre o mesmo grupo utilização ou mesma raiz CNPJ, se diferente disso, entra na exceção
SS		90 DIAS	Não será considerado repique se oriundo do SS
PME 2	PME	90 DIAS	Só consideramos repique se for transferência ou entre o mesmo grupo utilização ou mesma raiz CNPJ, se diferente disso, entra na exceção
PAD		90 DIAS	Não será considerado repique , se o retorno for superior há 30 dias da data de cancelamento
PJ		90 DIAS	Só consideramos repique se for transferência ou entre o mesmo grupo utilização ou mesma raiz CNPJ, se diferente disso, entra na exceção



ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Planos	Cidades
SMART AMBULATORIAL SP	Barueri, Caeiras, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Jandira, Mariporã, Osasco, São Paulo, Taboão da Serra.
SMART AMBULATORIAL RJ	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaborá, Magé, Mesquita, Niterói, Nilópolis, Nova Iguaçu, Petrópolis, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti.
NOSSO MÉDICO CAMPINAS	Amparo, Campinas, Elias Fausto, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Monte Mor, Paulínia, Pedreira, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos.
NOSSO MÉDICO MOGI DAS CRUZES	Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel, Suzano.
NOISSO PLANO SP LESTE	Barueri, Caeiras, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Jandira, Mariporã, Osasco, São Paulo, Taboão da Serra.
NOSSO MÉDICO SP SUL	Barueri, Caeiras, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Jandira, Mariporã, Osasco, São Paulo, Taboão da Serra.
NOSSO MÉDICO SP NORTE	Barueri, Caeiras, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Jandira, Mariporã, Osasco, São Paulo, Taboão da Serra.
NOSSO MÉDICO JUNDIAÍ	Cajamar, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Valinhos, Vinhedo, Várzea Paulista.
NOSSO MÉDICO SOROCABA	Alambari, Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tatuí, Vargem Grande Paulista, Votorantim.
NOSSO MÉDICO AMERICANA	Americana, Arthur Nogueira, Cosmópolis, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste.
SMART 150 ABC	Diadema, Embu-Guaçu, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul.
SMART 200 SP CAPITAL	Barueri, Caeiras, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Jandira, Mariporã, Osasco, São Paulo, Taboão da Serra.
SMART 200 GRU - MOGI	Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel, Suzano.
SMART 200 ABC + BAIXADA	Diadema, Embu-Guaçu, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul.
SMART 200 AMERICANA	Americana, Arthur Nogueira, Cosmópolis, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste.
SMART 200 CAMPINAS	Amparo, Campinas, Elias Fausto, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Monte Mor, Paulínia, Pedreira, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos.
SMART 200 JUNDIAÍ	Cajamar, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Valinhos, Vinhedo, Várzea Paulista.
SMART 200 SOROCABA	Alambari, Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tatuí, Vargem Grande Paulista, Votorantim.
SMART 200 ALTO TIETÊ	Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel, Suzano.
SMART 200 UP	Amparo, Americana, Alumínio, Alambari, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Arthur Nogueira, Bertioga, Barueri, Caeiras, Campina, Carapicuíba, Cajamar, Campinas, Capela do Alto, Cosmópolis, Cotia, Diadema, Embu-Guaçu, Elias Fausto, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Ibiúna, Iperó, Itu, Itapevi, Itapecerica da Serra, Itatiba, Jandira, Jaguariúna, Louveira, Mogi das Cruzes, Mongaguá, Monte Mor, Nova Iguaçu, Nova Odessa, Osasco, Paulínia, Pedreira, Piedade, Poá, Porto Feliz, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salto, Salto de Pirapora, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Gonçalo, São João de Meriti, Santos, Sorocaba, Tatuí, Taboão da Serra, Valinhos, Vargem Grande Paulista, Votorantim.
SMART 150 GRANDE RIO	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaborá, Magé, Mesquita, Niterói, Nilópolis, Nova Iguaçu, Petrópolis, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti.
SMART RIO	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaborá, Magé, Mesquita, Niterói, Nilópolis, Nova Iguaçu, Petrópolis, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti.
SMART 300	Filial São Paulo: Barueri, Caeiras, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Jandira, Mariporã, Osasco, São Paulo, Taboão da Serra. Filial Santos: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Vicente. Filial São Bernardo do Campo: Diadema, Embu-Guaçu, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul. Filial Mogi das Cruzes: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel, Suzano. Filial Campinas: Amparo, Campinas, Elias Fausto, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Monte Mor, Paulínia, Pedreira, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos. Filial Jundiaí: Cajamar, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Valinhos, Vinhedo, Várzea Paulista. Filial Sorocaba: Alambari, Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tatuí, Vargem Grande Paulista, Votorantim. Filial Americana: Americana, Arthur Nogueira, Cosmópolis, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste.
SMART 400	Todas as cidades do produto anterior.
SMART 500	Todas as cidades do produto anterior.
Advance 600 / 700	Todas as cidades do produto anterior.
Premium 900 Care	Todas as cidades do produto anterior.
REFERÊNCIA BASIC	Todas as cidades do produto anterior.

ACEITAÇÃO - VIGÊNCIA

A vigência do contrato é a data escolhida na proposta de adesão.
As próximas mensalidades, seguem o vencimento pelo cliente conforme abaixo.

VIGÊNCIA E VENCIMENTO																	
DIA DA VIGÊNCIA	01 A 05		06 A 10		11 A 15		16 A 20		21 A 25		26 A 30						
VENCIMENTO PRÓXIMAS MENSALIDADES	05	10	15	05	10	15	10	15	20	15	20	25	20	25	30	25	30

Obs: 1º mensalidade terá vencimento de 05 dias após a vigência.

Prazos de movimentação:

Os prazos de movimentação variam conforme o vencimento do contrato, sendo:

Se o vencimento do contrato for 05 (cinco) - movimentar até o dia 10 (dez) do mês, apresentando toda a documentação necessária para as inclusões; para vigência a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente.

Se o vencimento do valor mensal do contrato for qualquer outra data - movimentar até o dia 15 (quinze) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as inclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente.

Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários.

*Carga diária (inclusão diária):

Empresa pode solicitar a carga diária após o faturamento da primeira mensalidade.

A proposta poderá ser recusada e devolvida nas seguintes situações:

- Irregularidade nas documentações apresentadas e/ou devolução administrativa.
- Dificuldade de contato com os beneficiários.
- Falta de elegibilidade, de acordo com a RN 195.

Dicas para evitar a devolução de contratos

- Preencha o checklist presente na proposta de adesão.
- Preencha corretamente todos os campos.
- Informe o nome da mãe de todos os beneficiários.
- Informe o CPF do titular e de todos os dependentes, independentemente de suas idades.
- Anexar as cópias dos documentos obrigatórios.
- Confira a quantidade de vidas e valores da contratação.
- A assinatura do beneficiário deve ser igual em todos os formulários (conforme documento enviado).
- Verifique se os planos foram assinalados corretamente.
- Preencha sempre os telefones de contato e endereço pessoal dos beneficiários.
- Informe se há doenças e lesões preexistentes.
- Informe corretamente peso e altura dos beneficiários.
- Anexar todos os documentos necessários para a redução de carência.
- Quando se tratar de aceitação de igrejas, associações, atente-se para a assinatura do representante legal ou do procurador reconhecido por instrumentos oficiais/legais para tal.

EXEMPLOS DE REEMBOLSO (EM R\$)

	Advance 600	Advance 600	Advance 700	Advance 700	Premium 900.1 Care
	QC	QP	QC	QP	QP
CONSULTA	75,00	75,00	75,00	75,00	240,00
PARTO (via vaginal)	1.000,00	2.000,00	1.000,00	2.000,00	5.000,00
US - Transvaginal (útero, ovário, anexos e vagina)	93,47	93,47	93,47	93,47	203,86
HEMOGRAMA	9,32	9,32	9,32	9,32	9,53
TOMOGRAFIA - Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (até três segmentos)	290,51	290,51	290,51	290,51	391,93
SESSÃO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	59,38	59,38	59,38	59,38	190,02
FISIOTERAPIA	19,03	19,03	19,03	19,03	60,88



Importante: Caso ocorra a devolução, e a pendência não seja regularizada, a vigência será alterada.

COBERTURAS / PLANOS	BASIC (***)	SMART 150	SMART 200	NOSSO MÉDICO	SMART 300	SMART 400	SMART 500	ADVANCE 600	ADVANCE 700	PREMIUM 900 CARE
Abrangência	Nacional	Local	Local	Local	Regional	Regional	Regional	Nacional	Nacional	Nacional
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria/Apartamento	Enfermaria/Apartamento	Enfermaria/Apartamento	Enfermaria/Apartamento	Apartamento
Assistência em Viagem	Não	Nacional	Nacional	Nacional/Internacional €30.000 - europa \$ 60.000 - demais países						
Reembolso no Exterior	Não	Sim ¹	Sim ¹	Sim ¹						
Clube de Vantagens e Benefícios	Sim									
Consulta com Nutricionista com DUT	Mínimo 06 sessões / Máximo 18 sessões	20 sessões independente de DUT								
Escleroterapia de veias	Não	18 sessões*								
RPG com justificativa médica	Não	12 sessões*	12 sessões*	30 sessões*						
Cirurgia de Miopia	De grau -5,0 a -10,0 ²	Acima do grau -3,0*								
Cirurgia de Hipermetropia	Até grau 6,0 ²									
Transplantes	Rim, Córnea e Medula (autólogo e heterólogo) Coração e Pulmão*									
Programa de Imunização - Vacinas*	Não	Sim								
Programa de Imunização - Vacinas Vianjante ***	Não									
2ª opinião médica	Não									
Coleta domiciliar **	Não	Sim ⁴								
Teste de Incompatibilidade alimentar	Não									
Reembolso de consultas e exames simples	Não	7 dias úteis	7 dias úteis	5 dias úteis						
Reembolso demais procedimentos	Não	30 dias	30 dias	10 dias úteis						
Hidroterapia	Não	10 sessões*	30 sessões*							
Psicomotricidade	Não	10 sessões*	30 sessões*							
Aconselhamento médico telefônico	Não	Sim	Sim	Sim						
Check Up Titulares **	Não									
Centro de Oncologia	Sim	Diferenciado	Diferenciado	Diferenciado						
Medicina Preventiva	Sim									
Courrier	Não									

1) Reembolso limitado ao valor do plano Contratado. 2) Com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0. 3) Vacinas em domicílio plano Infinity.
4) SLA do prestador 48 hs. 5) Limitado a 4 retiradas / mês. 6) Disponível na cidade de São Paulo.

* Diferenciais do ROL. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro nos prestadores indicados ou reembolso e nas demais praças por reembolso. ** Somente nos prestadores indicados pela Hapvida NotreDame Intermédica. Disponível em São Paulo e Rio de Janeiro. *** Plano Referência (Disponível nas modalidades de contratação: Coletivo Empresarial / Coletivo por Adesão / Individual Familiar. Plano que assegura cobertura assistencial, no regime de atendimento médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação enfermaria, relacionada às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e previstas no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as exigências mínimas garantidas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98. **** Transplantes Rol e extra Rol: nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro nos prestadores indicados pela Hapvida NotreDame Intermédica.

Anotações

Anotações

Para apoio ao corretor, entre em contato com seu gestor comercial ou envie um e-mail para **suporte.comercial@hapvida.com.br**.

www.gndi.com.br

- **SÃO PAULO**
Av. Paulista, 777 - 2º Andar
Bela Vista - São Paulo/SP
Tels.: (11) 3155 2040 / 0300 773 2212
- **ABC**
Rua José Versolato, 101
Centro - São Bernardo do Campo/SP
Tel.: (11) 4399 4897
- **ALTO TIETÊ**
Rua Padre Eustáquio, 215
Vila Lavínia - Mogi das Cruzes/SP
Tels.: (11) 4798 5806
- **JUNDIAÍ**
Av. Antônio Segre, 295 - Sl. 2 - Térreo
Jundiaí/SP
Tel.: (11) 4586 6085
- **BAIXADA SANTISTA**
Rua Heitor de Moraes, 27
Santos/SP
Tel.: (13) 3229 1566
- **SOROCABA**
Rua Eulália Silva 454, 11º Andar
Bairro Jardim Faculdade
Tel.: (15)3333-2440
- **CAMPINAS**
Rua Baronesa Geraldo de Rezende, 191
Guanabara - Campinas/SP
Tel.: (19) 3741 2233
- **RIO DE JANEIRO**
Rua das Marrecas, 20, 2º Pavimento - Setor 3
Centro - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 3539 9288