

ANS - nº 34818-0



**COLETIVO
EMPRESARIAL**

Um plano acessível que cabe no seu bolso e que cuida de você e sua empresa.



IMPORTANTE (USO INTERNO): este Portfólio é exclusivamente de **USO INTERNO** de **AGENTES AUTORIZADOS DE VENDAS** e **VENDEDORES INTERNOS**, não podendo ser veiculado em redes sociais integralmente ou em partes, nem mesmo encaminhado para clientes, parceiros ou prestadores, nem publicada em qualquer canal externo.

04/2026 - Marechal

Portfólio



humana clinic

com **DIVERSAS ESPECIALIDADES**

- Hospitais de referência
- Ampla rede credenciada
- Telemedicina
- PA Virtual
- App do beneficiário

Toledo



Marechal

www.humanasaude.com.br



HOSPITAL
Rondon

Sempre
pronto
para cuidar
de você!



 **45 3284.7200**

 **Rua Cabral, 985 - Centro**

**PLANO COLETIVO ENFERMARIA MODERADOR FORA****ENFERMARIA**

ANS: 460.516/09-1

FAIXA ETÁRIA	VALOR REFERÊNCIA
00 - 18	R\$ 445,71
19 - 23	R\$ 564,71
24 - 28	R\$ 611,93
29 - 33	R\$ 657,27
34 - 38	R\$ 679,15
39 - 43	R\$ 794,61
44 - 48	R\$ 1.138,12
49 - 53	R\$ 1.559,90
54 - 58	R\$ 1.855,35
59 ou mais	R\$ 2.658,34

Tipo:

Coletivo Empresarial

Coparticipação:

Completa

Segmentação:

Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Abrangência:

Grupo de Municípios

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limitador de R\$195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limitador de R\$195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limitador de R\$195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limitador de R\$195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.



Linha
AMBULATORIAL

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

humana
SAÚDE

AMBULATORIAL MCR

ANS: 495.075/23-5

FAIXA ETÁRIA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA		COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	
	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 86,01	R\$ 77,85	R\$ 94,97	R\$ 86,81
19 - 23	R\$ 108,98	R\$ 96,26	R\$ 120,34	R\$ 107,62
24 - 28	R\$ 118,09	R\$ 103,57	R\$ 130,39	R\$ 115,87
29 - 33	R\$ 126,84	R\$ 110,58	R\$ 140,06	R\$ 123,80
34 - 38	R\$ 131,05	R\$ 113,96	R\$ 144,72	R\$ 127,62
39 - 43	R\$ 153,35	R\$ 131,83	R\$ 169,34	R\$ 147,82
44 - 48	R\$ 219,66	R\$ 184,99	R\$ 242,55	R\$ 207,88
49 - 53	R\$ 301,04	R\$ 250,23	R\$ 332,43	R\$ 281,61
54 - 58	R\$ 358,07	R\$ 295,95	R\$ 395,40	R\$ 333,27
59 ou mais	R\$ 514,97	R\$ 421,73	R\$ 568,65	R\$ 475,40

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	SEM COBERTURA

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	SEM COBERTURA

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial

Coparticipação: Completa | Básica

Abrangência: Grupo de Municípios

A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão. Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetria ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetria - Humano Odonto S Pleno M/CE (497.5572/3-0) - R\$ 8,90 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato).

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

CP VITAL MCR
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

ENFERMARIA ANS: 495.078/23-0			APARTAMENTO ANS: 495.073/23-9	
FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 109,88	R\$ 101,72	R\$ 121,02	R\$ 112,86
19 - 23	R\$ 139,23	R\$ 126,51	R\$ 153,34	R\$ 140,62
24 - 28	R\$ 150,86	R\$ 136,34	R\$ 166,16	R\$ 151,64
29 - 33	R\$ 162,05	R\$ 145,79	R\$ 178,47	R\$ 162,21
34 - 38	R\$ 167,45	R\$ 150,35	R\$ 184,42	R\$ 167,32
39 - 43	R\$ 195,92	R\$ 174,40	R\$ 215,78	R\$ 194,26
44 - 48	R\$ 280,62	R\$ 245,95	R\$ 309,05	R\$ 274,38
49 - 53	R\$ 384,60	R\$ 333,79	R\$ 423,58	R\$ 372,77
54 - 58	R\$ 457,44	R\$ 395,32	R\$ 503,80	R\$ 441,68
59 ou mais	R\$ 657,89	R\$ 564,65	R\$ 724,57	R\$ 631,33

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Completa

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs

Abrangência: Grupo de Municípios



Linha

VITAL

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

humana
SAÚDECPB VITAL MCR
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

ENFERMARIA

ANS: 495.078/23-0

APARTAMENTO

ANS: 495.073/23-9

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 121,96	R\$ 113,80	R\$ 134,53	R\$ 126,37
19 - 23	R\$ 154,51	R\$ 141,80	R\$ 170,47	R\$ 157,75
24 - 28	R\$ 167,43	R\$ 152,91	R\$ 184,71	R\$ 170,19
29 - 33	R\$ 179,84	R\$ 163,58	R\$ 198,40	R\$ 182,14
34 - 38	R\$ 185,82	R\$ 168,73	R\$ 205,01	R\$ 187,91
39 - 43	R\$ 217,44	R\$ 195,92	R\$ 239,87	R\$ 218,35
44 - 48	R\$ 311,43	R\$ 276,77	R\$ 343,57	R\$ 308,90
49 - 53	R\$ 426,84	R\$ 376,03	R\$ 470,88	R\$ 420,07
54 - 58	R\$ 507,66	R\$ 445,55	R\$ 560,06	R\$ 497,94
59 ou mais	R\$ 730,14	R\$ 636,91	R\$ 805,49	R\$ 712,24

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial**Coparticipação:** Básica**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs**Abrangência:** Grupo de Municípios

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão. Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetria ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetria - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.5572/3-0) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CP IDEAL MCR
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

COM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS: 495.070/23-4

APARTAMENTO

ANS: 495.067/23-4

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 121,80	R\$ 113,64	R\$ 134,37	R\$ 126,21
19 - 23	R\$ 154,31	R\$ 141,60	R\$ 170,24	R\$ 157,53
24 - 28	R\$ 167,22	R\$ 152,70	R\$ 184,48	R\$ 169,96
29 - 33	R\$ 179,62	R\$ 163,36	R\$ 198,15	R\$ 181,89
34 - 38	R\$ 185,58	R\$ 168,49	R\$ 204,75	R\$ 187,65
39 - 43	R\$ 217,13	R\$ 195,62	R\$ 239,57	R\$ 218,05
44 - 48	R\$ 311,02	R\$ 276,36	R\$ 343,14	R\$ 308,47
49 - 53	R\$ 426,29	R\$ 375,48	R\$ 470,28	R\$ 419,47
54 - 58	R\$ 507,02	R\$ 444,90	R\$ 559,36	R\$ 497,24
59 ou mais	R\$ 729,21	R\$ 635,97	R\$ 804,47	R\$ 711,23

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Completa

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs

Abrangência: Grupo de Municípios

CPB IDEAL MCR
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

COM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS: 495.070/23-4

APARTAMENTO

ANS: 495.067/23-4

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 135,42	R\$ 127,26	R\$ 149,61	R\$ 141,45
19 - 23	R\$ 171,56	R\$ 158,85	R\$ 189,58	R\$ 176,86
24 - 28	R\$ 185,92	R\$ 171,40	R\$ 205,42	R\$ 190,90
29 - 33	R\$ 199,69	R\$ 183,43	R\$ 220,64	R\$ 204,38
34 - 38	R\$ 206,33	R\$ 189,24	R\$ 227,99	R\$ 210,89
39 - 43	R\$ 241,41	R\$ 219,90	R\$ 266,75	R\$ 245,23
44 - 48	R\$ 345,78	R\$ 311,12	R\$ 382,08	R\$ 347,41
49 - 53	R\$ 473,94	R\$ 423,13	R\$ 523,66	R\$ 472,85
54 - 58	R\$ 563,69	R\$ 501,58	R\$ 622,85	R\$ 560,73
59 ou mais	R\$ 810,71	R\$ 717,48	R\$ 895,79	R\$ 802,54

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Básica

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs

Abrangência: Grupo de Municípios

CP IDEAL MCR
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

SEM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS:498.423/24-4

APARTAMENTO

ANS: 498.422/24-6

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 109,30	R\$ 101,14	R\$ 120,37	R\$ 112,21
19 - 23	R\$ 138,50	R\$ 125,78	R\$ 152,50	R\$ 139,79
24 - 28	R\$ 150,07	R\$ 135,55	R\$ 165,26	R\$ 150,74
29 - 33	R\$ 161,19	R\$ 144,93	R\$ 177,52	R\$ 161,26
34 - 38	R\$ 166,56	R\$ 149,46	R\$ 183,43	R\$ 166,33
39 - 43	R\$ 194,89	R\$ 173,37	R\$ 214,61	R\$ 193,09
44 - 48	R\$ 279,14	R\$ 244,47	R\$ 307,37	R\$ 272,71
49 - 53	R\$ 382,57	R\$ 331,76	R\$ 421,29	R\$ 370,48
54 - 58	R\$ 455,05	R\$ 392,92	R\$ 501,09	R\$ 438,97
59 ou mais	R\$ 654,44	R\$ 561,19	R\$ 720,66	R\$ 627,42

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Completa

Segmentação: Ambulatorial + Hosp

Sem OBS

Abrangência: Grupo de Municípios



Linha

IDEAL

COLETIVO EMPRESARIAL

humana
SAÚDE

CPB IDEAL MCR

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

SEM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS:498.423/24-4

APARTAMENTO

ANS: 498.422/24-6

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 121,29	R\$ 113,13	R\$ 133,80	R\$ 125,64
19 - 23	R\$ 153,69	R\$ 140,97	R\$ 169,53	R\$ 156,81
24 - 28	R\$ 166,55	R\$ 152,02	R\$ 183,70	R\$ 169,18
29 - 33	R\$ 178,87	R\$ 162,61	R\$ 197,32	R\$ 181,06
34 - 38	R\$ 184,83	R\$ 167,73	R\$ 203,89	R\$ 186,79
39 - 43	R\$ 216,27	R\$ 194,75	R\$ 238,55	R\$ 217,03
44 - 48	R\$ 309,76	R\$ 275,09	R\$ 341,67	R\$ 307,01
49 - 53	R\$ 424,56	R\$ 373,74	R\$ 468,30	R\$ 417,49
54 - 58	R\$ 504,95	R\$ 442,83	R\$ 557,00	R\$ 494,88
59 ou mais	R\$ 726,24	R\$ 632,99	R\$ 801,07	R\$ 707,83

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial**Coparticipação:** Básica**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp**Sem OBS****Abrangência:** Grupo de Municípios

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

ANS - nº 34818-0

A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão. Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.5572/3-0) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

**CP SUPERIOR OESTE PR
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA**
**COM
OBSTETRÍCIA**
ENFERMARIA

ANS: 495.065/23-8

APARTAMENTO

ANS: 495.063/23-1

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 139,82	R\$ 131,66	R\$ 154,54	R\$ 146,38
19 - 23	R\$ 177,16	R\$ 164,44	R\$ 195,82	R\$ 183,10
24 - 28	R\$ 191,96	R\$ 177,44	R\$ 212,18	R\$ 197,66
29 - 33	R\$ 206,19	R\$ 189,93	R\$ 227,91	R\$ 211,65
34 - 38	R\$ 213,07	R\$ 195,97	R\$ 235,49	R\$ 218,39
39 - 43	R\$ 249,26	R\$ 227,75	R\$ 275,54	R\$ 254,02
44 - 48	R\$ 357,04	R\$ 322,38	R\$ 394,65	R\$ 359,98
49 - 53	R\$ 489,35	R\$ 438,54	R\$ 540,90	R\$ 490,09
54 - 58	R\$ 582,05	R\$ 519,93	R\$ 643,34	R\$ 581,22
59 ou mais	R\$ 837,10	R\$ 743,86	R\$ 925,25	R\$ 832,01

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Completa

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs

Abrangência: Grupo de Municípios



Linha
SUPERIOR

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

humana
SAÚDE

CPB **SUPERIOR** OESTE PR
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

COM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS: 495.065/23-8

APARTAMENTO

ANS: 495.063/23-1

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 155,78	R\$ 147,62	R\$ 172,42	R\$ 164,26
19 - 23	R\$ 197,38	R\$ 184,66	R\$ 218,47	R\$ 205,75
24 - 28	R\$ 213,88	R\$ 199,36	R\$ 236,72	R\$ 222,20
29 - 33	R\$ 229,71	R\$ 213,45	R\$ 254,26	R\$ 238,00
34 - 38	R\$ 237,36	R\$ 220,27	R\$ 262,74	R\$ 245,64
39 - 43	R\$ 277,72	R\$ 256,21	R\$ 307,40	R\$ 285,88
44 - 48	R\$ 397,78	R\$ 363,12	R\$ 440,27	R\$ 405,61
49 - 53	R\$ 545,21	R\$ 494,40	R\$ 603,45	R\$ 552,64
54 - 58	R\$ 648,48	R\$ 586,36	R\$ 717,74	R\$ 655,62
59 ou mais	R\$ 932,62	R\$ 839,39	R\$ 1.032,26	R\$ 939,02

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Básica

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs

Abrangência: Grupo de Municípios

A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão. Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.5572/3-0) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

CP SUPERIOR OESTE PR
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

SEM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS:498.424/24-2

APARTAMENTO

ANS: 498.421/24-8

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 125,18	R\$ 117,02	R\$ 138,15	R\$ 129,99
19 - 23	R\$ 158,61	R\$ 145,89	R\$ 175,02	R\$ 162,31
24 - 28	R\$ 171,86	R\$ 157,34	R\$ 189,66	R\$ 175,14
29 - 33	R\$ 184,61	R\$ 168,35	R\$ 203,72	R\$ 187,46
34 - 38	R\$ 190,75	R\$ 173,65	R\$ 210,49	R\$ 193,40
39 - 43	R\$ 223,18	R\$ 201,66	R\$ 246,28	R\$ 224,77
44 - 48	R\$ 319,65	R\$ 284,99	R\$ 352,74	R\$ 318,08
49 - 53	R\$ 438,13	R\$ 387,32	R\$ 483,47	R\$ 432,67
54 - 58	R\$ 521,11	R\$ 458,99	R\$ 575,04	R\$ 512,93
59 ou mais	R\$ 749,47	R\$ 656,23	R\$ 827,03	R\$ 733,80

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Completa

Segmentação: Ambulatorial + Hosp

Sem OBS

Abrangência: Grupo de Municípios



Linha
SUPERIOR

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

humana
SAÚDE

CPB **SUPERIOR** OESTE PR
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

SEM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS:498.424/24-2

APARTAMENTO

ANS: 498.421/24-8

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 139,24	R\$ 131,08	R\$ 153,89	R\$ 145,73
19 - 23	R\$ 176,41	R\$ 163,70	R\$ 194,97	R\$ 182,26
24 - 28	R\$ 191,17	R\$ 176,65	R\$ 211,27	R\$ 196,75
29 - 33	R\$ 205,34	R\$ 189,08	R\$ 226,93	R\$ 210,67
34 - 38	R\$ 212,16	R\$ 195,07	R\$ 234,48	R\$ 217,39
39 - 43	R\$ 248,25	R\$ 226,73	R\$ 274,34	R\$ 252,83
44 - 48	R\$ 355,55	R\$ 320,89	R\$ 392,94	R\$ 358,28
49 - 53	R\$ 487,34	R\$ 436,53	R\$ 538,56	R\$ 487,76
54 - 58	R\$ 579,63	R\$ 517,51	R\$ 640,57	R\$ 578,46
59 ou mais	R\$ 833,62	R\$ 740,38	R\$ 921,27	R\$ 828,04

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Básica

Segmentação: Ambulatorial + Hosp

Sem OBS

Abrangência: Grupo de Municípios

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão. Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.5572/3-0) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)



Linha
SUPERIOR
Oeste R2

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

humana
SAÚDE

CP **SUPERIOR** OESTE R2
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

ENFERMARIA

ANS 506.036/25-2

APARTAMENTO

ANS: 506.033/25-8

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 163,61	R\$ 155,45	R\$ 181,18	R\$ 173,02
19 - 23	R\$ 207,28	R\$ 194,57	R\$ 229,58	R\$ 216,86
24 - 28	R\$ 224,62	R\$ 210,10	R\$ 248,75	R\$ 234,23
29 - 33	R\$ 241,27	R\$ 225,01	R\$ 267,20	R\$ 250,94
34 - 38	R\$ 249,31	R\$ 232,21	R\$ 276,09	R\$ 258,99
39 - 43	R\$ 291,68	R\$ 270,17	R\$ 323,04	R\$ 301,52
44 - 48	R\$ 417,79	R\$ 383,13	R\$ 462,68	R\$ 428,01
49 - 53	R\$ 572,61	R\$ 521,80	R\$ 634,14	R\$ 583,33
54 - 58	R\$ 681,08	R\$ 618,96	R\$ 754,24	R\$ 692,12
59 ou mais	R\$ 979,52	R\$ 886,28	R\$ 1.084,75	R\$ 991,51

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Completa

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs.

Abrangência: Grupo de Municípios

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão. Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.5572/3-0) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)



Linha
SUPERIOR
Oeste R2

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

humana
SAÚDE

CPB **SUPERIOR** OESTE R2
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

ENFERMARIA

ANS:506.036/25-2

APARTAMENTO

ANS: 506.033/25-8

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 182,66	R\$ 174,50	R\$ 202,53	R\$ 194,37
19 - 23	R\$ 231,44	R\$ 218,72	R\$ 256,62	R\$ 243,90
24 - 28	R\$ 250,79	R\$ 236,27	R\$ 278,05	R\$ 263,53
29 - 33	R\$ 269,35	R\$ 253,09	R\$ 298,66	R\$ 282,40
34 - 38	R\$ 278,34	R\$ 261,24	R\$ 308,61	R\$ 291,51
39 - 43	R\$ 325,66	R\$ 304,14	R\$ 361,07	R\$ 339,56
44 - 48	R\$ 466,42	R\$ 431,76	R\$ 517,15	R\$ 482,49
49 - 53	R\$ 639,29	R\$ 588,48	R\$ 708,82	R\$ 658,01
54 - 58	R\$ 760,38	R\$ 698,26	R\$ 843,07	R\$ 780,95
59 ou mais	R\$ 1.093,57	R\$ 1.000,33	R\$ 1.212,50	R\$ 1.119,27

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Básica

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs.

Abrangência: Grupo de Municípios

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão. Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.5572/3-0) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

**CP PREMIUM NACIONAL OPR
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA**

ENFERMARIA

ANS: 495.061/23-5

APARTAMENTO

ANS: 495.059/23-3

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 274,22	R\$ 266,06	R\$ 305,08	R\$ 296,92
19 - 23	R\$ 347,41	R\$ 334,70	R\$ 386,53	R\$ 373,82
24 - 28	R\$ 376,47	R\$ 361,95	R\$ 418,84	R\$ 404,32
29 - 33	R\$ 404,37	R\$ 388,11	R\$ 449,89	R\$ 433,63
34 - 38	R\$ 417,83	R\$ 400,74	R\$ 464,87	R\$ 447,77
39 - 43	R\$ 488,87	R\$ 467,36	R\$ 543,88	R\$ 522,37
44 - 48	R\$ 700,21	R\$ 665,55	R\$ 779,01	R\$ 744,35
49 - 53	R\$ 959,72	R\$ 908,91	R\$ 1.067,72	R\$ 1.016,91
54 - 58	R\$ 1.141,50	R\$ 1.079,38	R\$ 1.269,95	R\$ 1.207,83
59 ou mais	R\$ 1.641,67	R\$ 1.548,44	R\$ 1.826,43	R\$ 1.733,20

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Completa

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs

Abrangência: Nacional

**CPB PREMIUM NACIONAL OPR
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA**

ENFERMARIA

ANS: 495.061/23-5

APARTAMENTO

ANS: 495.059/23-3

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO	TABELA MÉDICA	COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO
00 - 18	R\$ 307,65	R\$ 299,49	R\$ 342,52	R\$ 334,36
19 - 23	R\$ 389,77	R\$ 377,06	R\$ 433,98	R\$ 421,26
24 - 28	R\$ 422,37	R\$ 407,85	R\$ 470,25	R\$ 455,73
29 - 33	R\$ 453,67	R\$ 437,41	R\$ 505,09	R\$ 488,83
34 - 38	R\$ 468,79	R\$ 451,69	R\$ 521,92	R\$ 504,82
39 - 43	R\$ 548,47	R\$ 526,96	R\$ 610,64	R\$ 589,13
44 - 48	R\$ 785,57	R\$ 750,91	R\$ 874,62	R\$ 839,96
49 - 53	R\$ 1.076,72	R\$ 1.025,91	R\$ 1.198,76	R\$ 1.147,95
54 - 58	R\$ 1.280,65	R\$ 1.218,53	R\$ 1.425,81	R\$ 1.363,69
59 ou mais	R\$ 1.841,81	R\$ 1.748,58	R\$ 2.050,59	R\$ 1.957,36

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Coparticipação: Básica

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs

Abrangência: Nacional



GRUPO DE PROCEDIMENTOS

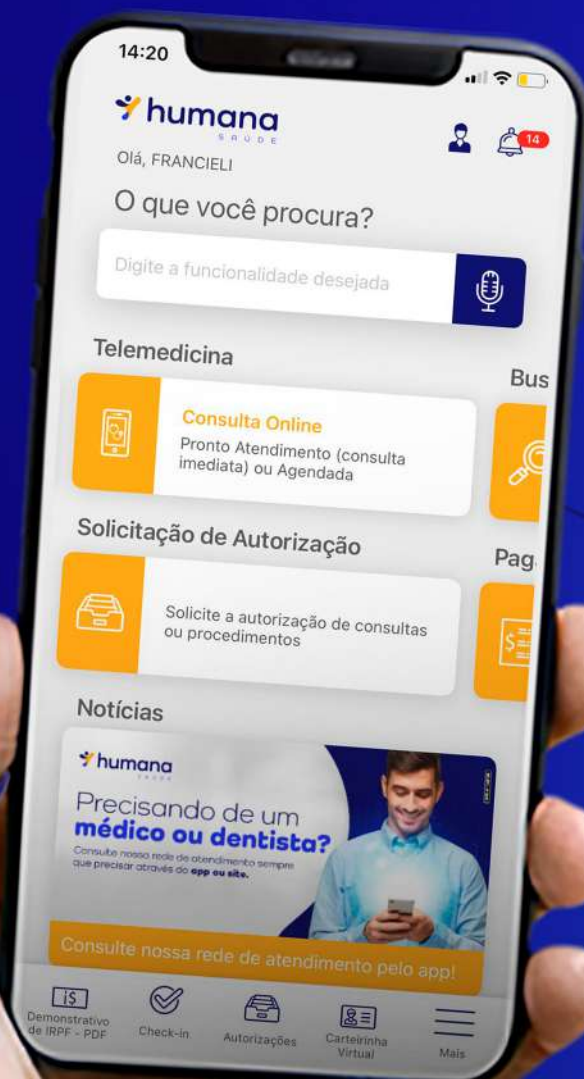
Grupos de PROCEDIMENTOS para incidência de COPARTICIPAÇÃO e de redução de CARÊNCIAS promocionais

GRUPO	TIPO 1	EXEMPLO
01	Consultas Eletivas	Médicas e Não Médicas
02	Consultas de P.S.	Pronto-socorro e Pronto Atendimento
03	Exames e Procedimentos Simples	Radiologia Simples, Análises Clínicas, Ultrassonografia, ECG, MAPA
04	Exames e Procedimentos Especiais	Exames Genéticos, Medicina Nuclear, Tomografias, Ressonâncias, Endoscopias
05	Terapias Grupo 1	Fisioterapias e outras terapias, em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíaco, pós AVC, neuropata e amputado
06	Terapias Grupo 2	Diálises, Quimioterapias, Radioterapias
07	Terapias Grupo 3	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição, Crioterapias, Hidroterapias e Métodos Especiais.
08	Internações	Gerais

Conheça seu novo **App**



Novo layout e mais serviços
ao seu dispor



Boletos



Busca de rede
credenciada



Telemedicina



Autorização de
procedimentos



Carteirinha
virtual



Agendamento
de consultas

Baixe o app



Available on the
App Store



GET IT ON
Google Play

MAIS DO QUE
DIGITAIS

SOMOS
humana
SAÚDE

Investimos na tecnologia dos
nossos serviços para você ter
mais tempo com o que realmente
importa.



Confira alguns serviços disponíveis em nossos canais digitais e central de atendimento 24h

- Segunda via de boleto
- Carteirinha
- Rede Credenciada
- Autorizações
- Agendamentos
- Alteração cadastral
- Reembolso
- Cancelamentos
- Declarações de IR

Baixe ou atualize o App
Humana Saúde



 App Store

 DISPONÍVEL NO
Google Play



4004 - 7905



www.humanasaude.com.br