



MANUAL DO CORRETOR

HUMANA SAÚDE SUL
LONDRINA - TABELA ESTUDANTIL

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESAO HUMANA SAÚDE SUL

Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.

Plano com segmentação: ambulatorial + hospitalar com ou sem obstetrícia + com ou sem plano odontológico.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.

**TABELA****LINHA SUPERIOR**

PRODUTO	CP SUPERIOR LONDRINA SEM OBSTETRÍCIA			
COPARTICIPAÇÃO	✓ Completa	✓ Completa	✓ Completa	✓ Completa
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento
TABELA	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	496.589/23-2	496.589/23-2	496.591/23-4	496.591/23-4
0 a 18 anos	R\$ 190,00	R\$ 207,03	R\$ 212,28	R\$ 231,38
19 a 23 anos	R\$ 240,72	R\$ 261,17	R\$ 268,97	R\$ 292,00
24 a 28 anos	R\$ 260,85	R\$ 282,62	R\$ 291,45	R\$ 316,05
29 a 33 anos	R\$ 280,18	R\$ 303,25	R\$ 313,05	R\$ 339,15
34 a 38 anos	R\$ 289,51	R\$ 313,21	R\$ 323,47	R\$ 350,29
39 a 43 anos	R\$ 338,72	R\$ 365,72	R\$ 378,46	R\$ 409,11
44 a 48 anos	R\$ 485,15	R\$ 521,96	R\$ 542,08	R\$ 584,09
49 a 53 anos	R\$ 664,96	R\$ 713,78	R\$ 742,97	R\$ 798,96
54 a 58 anos	R\$ 790,91	R\$ 848,14	R\$ 883,69	R\$ 949,45
59 anos ou +	R\$ 1.137,48	R\$ 1.217,91	R\$ 1.270,92	R\$ 1.363,60

PRODUTO	CP SUPERIOR LONDRINA SEM OBSTETRÍCIA			
COPARTICIPAÇÃO	✓ Básica	✓ Básica	✓ Básica	✓ Básica
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento
TABELA	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	496.589/23-2	496.589/23-2	496.591/23-4	496.591/23-4
0 a 18 anos	R\$ 212,31	R\$ 231,38	R\$ 237,27	R\$ 258,62
19 a 23 anos	R\$ 268,99	R\$ 292,00	R\$ 300,63	R\$ 326,51
24 a 28 anos	R\$ 291,47	R\$ 316,04	R\$ 325,76	R\$ 353,45
29 a 33 anos	R\$ 313,07	R\$ 339,15	R\$ 349,90	R\$ 379,31
34 a 38 anos	R\$ 323,50	R\$ 350,29	R\$ 361,54	R\$ 391,80
39 a 43 anos	R\$ 378,49	R\$ 409,11	R\$ 423,00	R\$ 457,67
44 a 48 anos	R\$ 542,11	R\$ 584,09	R\$ 605,88	R\$ 653,65
49 a 53 anos	R\$ 743,04	R\$ 798,96	R\$ 830,41	R\$ 894,28
54 a 58 anos	R\$ 883,77	R\$ 949,45	R\$ 987,70	R\$ 1.062,83
59 anos ou +	R\$ 1.271,02	R\$ 1.363,62	R\$ 1.420,50	R\$ 1.526,67

PLANO ODONTOLÓGICO HUMANA ODONTO S ESSENCIAL M/CA - CÓDIGO ANS: 493.510/22-1

* A tabela de preços contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,33 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).

** A TABELA COM VALOR PROMOCIONAL será válida somente na contratação COMBO de um plano médico e plano odontológico. Havendo contratação de apenas um dos planos ou posterior cancelamento de qualquer um deles - médico ou odontológico - OS PREÇOS VÁLIDOS SERÃO OS DA TABELA VALOR ORIGINAL, acima exposto.

**affix**



TABELA

LINHA SUPERIOR

PRODUTO	CP SUPERIOR LONDRINA COM OBSTETRÍCIA			
COPARTICIPAÇÃO	✓ Completa	✓ Completa	✓ Completa	✓ Completa
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento
TABELA	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	497.402/23-6	497.402/23-6	497.384/23-4	497.384/23-4
0 a 18 anos	R\$ 206,50	R\$ 190,13	R\$ 230,84	R\$ 212,43
19 a 23 anos	R\$ 261,64	R\$ 239,74	R\$ 292,47	R\$ 267,98
24 a 28 anos	R\$ 283,50	R\$ 259,42	R\$ 316,92	R\$ 290,03
29 a 33 anos	R\$ 304,51	R\$ 278,33	R\$ 340,40	R\$ 311,21
34 a 38 anos	R\$ 314,65	R\$ 287,45	R\$ 351,74	R\$ 321,42
39 a 43 anos	R\$ 368,14	R\$ 335,58	R\$ 411,53	R\$ 375,32
44 a 48 anos	R\$ 527,30	R\$ 478,78	R\$ 589,44	R\$ 535,71
49 a 53 anos	R\$ 722,71	R\$ 654,63	R\$ 807,88	R\$ 732,63
54 a 58 anos	R\$ 859,58	R\$ 777,78	R\$ 960,89	R\$ 870,58
59 anos ou +	R\$ 1.236,26	R\$ 1.116,71	R\$ 1.381,96	R\$ 1.250,15

PRODUTO	CP SUPERIOR LONDRINA COM OBSTETRÍCIA			
COPARTICIPAÇÃO	✓ Básica	✓ Básica	✓ Básica	✓ Básica
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento
TABELA	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	495.030/23-5	495.030/23-5	495.028/23-3	495.028/23-3
0 a 18 anos	R\$ 230,84	R\$ 212,45	R\$ 258,07	R\$ 237,41
19 a 23 anos	R\$ 292,47	R\$ 268,01	R\$ 326,98	R\$ 299,64
24 a 28 anos	R\$ 316,91	R\$ 290,04	R\$ 354,32	R\$ 324,33
29 a 33 anos	R\$ 340,40	R\$ 311,22	R\$ 380,57	R\$ 348,04
34 a 38 anos	R\$ 351,74	R\$ 321,44	R\$ 393,24	R\$ 359,48
39 a 43 anos	R\$ 411,53	R\$ 375,35	R\$ 460,09	R\$ 419,86
44 a 48 anos	R\$ 589,44	R\$ 535,74	R\$ 658,99	R\$ 599,50
49 a 53 anos	R\$ 807,89	R\$ 732,70	R\$ 903,20	R\$ 820,06
54 a 58 anos	R\$ 960,89	R\$ 870,65	R\$ 1.074,27	R\$ 974,57
59 anos ou +	R\$ 1.381,97	R\$ 1.250,26	R\$ 1.545,02	R\$ 1.399,73

PLANO ODONTOLÓGICO HUMANA ODONTO S ESSENCIAL M/CA - CÓDIGO ANS: 493.510/22-1

* A tabela de preços contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,33 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).

** A TABELA COM VALOR PROMOCIONAL será válida somente na contratação COMBO de um plano médico e plano odontológico. Havendo contratação de apenas um dos planos ou posterior cancelamento de qualquer um deles - médico ou odontológico - OS PREÇOS VÁLIDOS SERÃO OS DA TABELA VALOR ORIGINAL, acima exposto.



TABELA

LINHA PREMIUM NACIONAL

PRODUTO	CP PREMIUM NACIONAL LPR COM OBSTETRÍCIA			
COPARTICIPAÇÃO	✓ Completa	✓ Completa	✓ Completa	✓ Completa
ABRANGÊNCIA	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento
TABELA	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	495.026/23-7	495.026/23-7	495.024/23-1	495.024/23-1
0 a 18 anos	R\$ 372,53	R\$ 371,82	R\$ 416,63	R\$ 415,91
19 a 23 anos	R\$ 472,01	R\$ 469,94	R\$ 527,88	R\$ 525,81
24 a 28 anos	R\$ 511,46	R\$ 508,85	R\$ 572,01	R\$ 569,41
29 a 33 anos	R\$ 549,36	R\$ 546,24	R\$ 614,39	R\$ 611,28
34 a 38 anos	R\$ 567,65	R\$ 564,28	R\$ 634,86	R\$ 631,50
39 a 43 anos	R\$ 664,15	R\$ 659,49	R\$ 742,78	R\$ 738,10
44 a 48 anos	R\$ 951,28	R\$ 942,72	R\$ 1.063,89	R\$ 1.055,32
49 a 53 anos	R\$ 1.303,83	R\$ 1.290,47	R\$ 1.458,16	R\$ 1.444,81
54 a 58 anos	R\$ 1.550,77	R\$ 1.534,08	R\$ 1.734,33	R\$ 1.717,64
59 anos ou +	R\$ 2.230,32	R\$ 2.204,41	R\$ 2.494,32	R\$ 2.468,42

PRODUTO	CP PREMIUM NACIONAL LPR COM OBSTETRÍCIA			
COPARTICIPAÇÃO	✓ Básica	✓ Básica	✓ Básica	✓ Básica
ABRANGÊNCIA	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento
TABELA	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*	Tabela Médica**	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	495.026/23-7	495.026/23-7	495.024/23-1	495.024/23-1
0 a 18 anos	R\$ 416,63	R\$ 415,91	R\$ 466,02	R\$ 465,29
19 a 23 anos	R\$ 527,88	R\$ 525,81	R\$ 590,46	R\$ 588,39
24 a 28 anos	R\$ 572,00	R\$ 569,40	R\$ 639,82	R\$ 637,22
29 a 33 anos	R\$ 614,39	R\$ 611,28	R\$ 687,23	R\$ 684,11
34 a 38 anos	R\$ 634,85	R\$ 631,49	R\$ 710,12	R\$ 706,75
39 a 43 anos	R\$ 742,77	R\$ 738,10	R\$ 830,83	R\$ 826,15
44 a 48 anos	R\$ 1.063,89	R\$ 1.055,32	R\$ 1.190,01	R\$ 1.181,43
49 a 53 anos	R\$ 1.458,16	R\$ 1.444,82	R\$ 1.631,01	R\$ 1.617,66
54 a 58 anos	R\$ 1.734,34	R\$ 1.717,65	R\$ 1.939,93	R\$ 1.923,23
59 anos ou +	R\$ 2.494,33	R\$ 2.468,42	R\$ 2.790,01	R\$ 2.764,10

PLANO ODONTOLÓGICO HUMANA ODONTO S ESSENCIAL M/CA - CÓDIGO ANS: 493.510/22-1

* A tabela de preços contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO S ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,33 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).

** A TABELA COM VALOR PROMOCIONAL será válida somente na contratação COMBO de um plano médico e plano odontológico. Havendo contratação de apenas um dos planos ou posterior cancelamento de qualquer um deles - médico ou odontológico - OS PREÇOS VÁLIDOS SERÃO OS DA TABELA VALOR ORIGINAL, acima exposto.



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

LINHAS SUPERIOR E PREMIUM NACIONAL

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
Consulta eletiva	40%	40%
Consultas em P.S. / P.A.	40%	40%
Exames/procedimentos simples	30% com limitador de R\$ 25,00	ISENTO
Exames/procedimentos especiais	30% com limitador de R\$ 70,00	ISENTO
Terapias grupo 1	30% com limitador de R\$ 50,00	ISENTO
Terapias grupo 2	ISENTO	ISENTO
Terapias grupo 3	40% com limitador de R\$ 150,00	40% com limitador de R\$ 150,00
Internação	ISENTO	ISENTO

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



QUEM PODE ADERIR

FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Pessoas naturais (físicas) a partir de 8 anos completos que mantenham o vínculo profissional, classista ou setorial com a entidade, quais sejam, os estudantes.

- Ficha associativa comprovando vínculo regular com a entidade + todo documento comprobatório da matrícula do estudante (as instituições necessitam ser reconhecidas pelo MEC).

Instituição de Ensino Público ou Particular: declaração (eletrônica ou em timbrado com CNPJ - devidamente comprovada) da instituição de ensino, contendo: nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura ou cópia da Carteirinha de Estudante (Universitário Ano Letivo);

Para a Particular: os documentos acima podem ser substituídos pela última mensalidade quitada.

A DECLARAÇÃO ESCOLAR DATADA COM ATÉ 30 DIAS.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.





DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa.
- Cópia RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Certidão de Nascimento válida para titular com até 13 anos.
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias), podendo ser em nome de terceiros.

DEPENDENTES

Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento + Cópia RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a).
- Cópia do RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(a), naturais ou adotados(as), enteado(a), netos(as) ou sobrinhos(as) até 58 anos

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Documento que comprove vínculo de parentesco com o titular.

Filho(a) ou enteado(a) inválido(a) de qualquer idade

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" expedida por órgão social.

Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" definitiva expedida por órgão oficial.

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

- 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 as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- A solicitação de alteração do plano poderá ser realizada sempre no mês de reajuste do contrato: MARÇO, sendo que o beneficiário deverá cumprir carências para a nova categoria.
- Reajuste anual: **MARÇO 2026**.
- Cópias dos documentos anexados a proposta de adesão, deverão estar legíveis.
- A venda será considerada administrativa para beneficiários a partir de 59 anos.
- **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 ou igual 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

SUPERIOR - Cambé, Campo Mourão, Cianorte, Colorado, Ibiporã, Londrina, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Nova Esperança, Paiçandu, Paranavaí e Sarandi.

PREMIUM NACIONAL - Todo o território brasileiro.



VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01
Dia 10	Todo dia 10
Dia 20	Todo dia 20



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PLANO DE SAÚDE

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COBERTURA	CARÊNCIAS MÁXIMAS - CONTRATO	PRC 1001*
1	Consulta Eletiva	Consultas médicas e não médicas em consultórios.	180 dias	Isento
2	Urgência e Emergência	Consultas de urgência/emergência em hospitais ou pronto socorro incluindo os acidentes pessoais.	24 horas	Isento
3	Exames / Procedimentos Simples	Exames de análises clínicas comuns de sangue (hemograma, sódio, potássio etc.); exames comuns de urina.	180 dias	Isento
4	Exames e Procedimentos Especiais	Endoscopia Digestiva Alta, Ressonância Magnética, PET CT, Cintilografia, Ecodoppler, Ecocardiograma, punções guiadas por agulha para retirada de corpo estranho, Gastrostomia Endoscópica, Ecoendoscopia ou Ultrassonografia Endoscópica.	180 dias	Isento
5	Terapias GRUPO 1	Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.	180 dias	90 dias
6	Terapias GRUPO 2	Quimioterapias, Radioterapias, Hemodálises, Diálises, Hemoterapias.	180 dias	180 dias
7	Terapias GRUPO 3	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição e, também, os Métodos Especiais.	180 dias	180 dias
8	Procedimentos Internação 1	Internações gerais.	180 dias	30 dias
9	Procedimentos Internação 2	Transplantes, Cirurgia Bariátrica, Internações Psiquiátricas, Cirurgias com utilização de Órteses e ou Próteses ligadas ao ato cirúrgico.	180 dias	180 dias
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo.	300 dias	300 dias

ATENÇÃO: as doenças ou lesões preexistentes permanecerão com o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de aplicação da CPT (Cobertura Parcial Temporária) inalterado. PRC válido para procedimentos a serem realizados na Rede de Prestadores vinculada ao plano contratado.

PRC 1001*: destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão sem histórico de plano de saúde anterior nesta operadora ou em outra, ou com histórico de contratação de plano anterior nesta operadora ou em outra operadora, com permanência inferior a 03 (três) meses. Esse PRC é destinado a Campanha para novos beneficiários.

ISENÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO:

ISENÇÃO DE COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO DURANTE OS 6 (SEIS) PRIMEIROS MESES NA HUMANA CLÍNICA.

- **Londrina:** consultas eletivas e exames simples na rede própria, durante a vigência do contrato, para os planos Superior Londrina e Premium Nacional.

VÁLIDO SOMENTE PARA NOVOS BENEFICIÁRIOS. ESTE ADITIVO É VÁLIDO POR TEMPO DETERMINADO, CONSULTE CONDIÇÕES.

DOCUMENTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO OBRIGATÓRIA PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA: carta de permanência emitida pela operadora/seguradora/administradora de origem nos últimos 60 (sessenta) dias ou últimos três boletos pagos + carteirinha do beneficiário.

*Condição válida para vendas realizadas nas vigências 01/04/2025 até 30/06/2025.

ODONTO ESSENCIAL S ESSENCIAL M/CA

COBERTURA	CARÊNCIA CONTRATUAL
Casos de urgência e emergência.	24 horas
Demais casos	180 dias



RESUMO DA REDE HOSPITALAR MÉDICA CREDENCIADA*

HOSPITAIS	CIDADES
HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	CAMPO MOURÃO
INSTITUTO BOM JESUS	CIANORTE
REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE METROPOLITANA	SARANDI
CENTRO DE SAÚDE CRISTO REDENTOR	MANDAGUARI
IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	LONDRINA
HOSPITAL ARAUCÁRIA	LONDRINA
HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA	LONDRINA
CENTRO MÉDICO MARINGÁ	MARINGÁ
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ	MARINGÁ

*Rede credenciada sujeita a alterações pela operadora, sem aviso prévio. Consulte as atualizações da rede no site: www.humanasaude.com.br/sul/