



# MANUAL DO CORRETOR

HUMANA SAÚDE  
IMPERATRIZ - MA

VÁLIDO A PARTIR DE 01/02/2024

**CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO HUMANA SAÚDE**  
**Administradora de benefícios/contratante:** Affix Administradora de Benefícios.  
**Plano com segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia com coparticipação.  
 Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.



## TABELA PLANO VITAL

| PRODUTO        | CP VITAL IMPERATRIZ COM OBS COPART CA   |               |                      |               |
|----------------|---|---------------|----------------------|---------------|
| SEGMENTAÇÃO    | Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia |               |                      |               |
| COPARTICIPAÇÃO | ✓ Total                                 | ✓ Total       | ✓ Básica             | ✓ Básica      |
| ACOMODAÇÃO     | Enfermaria                              | Enfermaria    | Enfermaria           | Enfermaria    |
| CÓDIGO ANS     | 494.245/22-1                            | 494.245/22-1  | 494.245/22-1         | 494.245/22-1  |
| VALOR          | Combo Saúde + Odonto                    | Somente Saúde | Combo Saúde + Odonto | Somente Saúde |
| 0 a 18 anos    | R\$ 215,02                              | R\$ 220,27    | R\$ 257,28           | R\$ 262,53    |
| 19 a 23 anos   | R\$ 250,94                              | R\$ 257,71    | R\$ 300,40           | R\$ 307,16    |
| 24 a 28 anos   | R\$ 292,98                              | R\$ 301,52    | R\$ 350,83           | R\$ 359,38    |
| 29 a 33 anos   | R\$ 330,44                              | R\$ 340,57    | R\$ 395,78           | R\$ 405,92    |
| 34 a 38 anos   | R\$ 378,15                              | R\$ 390,30    | R\$ 453,03           | R\$ 465,18    |
| 39 a 43 anos   | R\$ 449,44                              | R\$ 464,61    | R\$ 538,58           | R\$ 553,76    |
| 44 a 48 anos   | R\$ 547,50                              | R\$ 566,82    | R\$ 656,26           | R\$ 675,58    |
| 49 a 53 anos   | R\$ 683,45                              | R\$ 708,53    | R\$ 819,40           | R\$ 844,48    |
| 54 a 58 anos   | R\$ 897,10                              | R\$ 931,22    | R\$ 1.075,77         | R\$ 1.109,90  |
| 59 anos ou +   | R\$ 1.267,41                            | R\$ 1.317,21  | R\$ 1.520,15         | R\$ 1.569,95  |



## TABELA PLANO PREMIUM II PLUS

### COPARTICIPAÇÃO TOTAL

| PRODUTO        | CP PREMIUM II PLUS COM OBS COPART CA    |                      |               |               |
|----------------|---|----------------------|---------------|---------------|
| SEGMENTAÇÃO    | Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia |                      |               |               |
| COPARTICIPAÇÃO | ✓ Total                                 | ✓ Total              | ✓ Total       | ✓ Total       |
| ACOMODAÇÃO     | Enfermaria                              | Apartamento          | Enfermaria    | Apartamento   |
| CÓDIGO ANS     | 492.876/22-8                            | 492.875/22-0         | 492.876/22-8  | 492.875/22-0  |
| VALOR          | Combo Saúde + Odonto                    | Combo Saúde + Odonto | Somente Saúde | Somente Saúde |
| 0 a 18 anos    | R\$ 286,58                              | R\$ 310,82           | R\$ 291,83    | R\$ 316,06    |
| 19 a 23 anos   | R\$ 334,68                              | R\$ 363,03           | R\$ 341,44    | R\$ 369,79    |
| 24 a 28 anos   | R\$ 390,93                              | R\$ 424,11           | R\$ 399,48    | R\$ 432,66    |
| 29 a 33 anos   | R\$ 441,09                              | R\$ 478,55           | R\$ 451,22    | R\$ 488,69    |
| 34 a 38 anos   | R\$ 504,94                              | R\$ 547,88           | R\$ 517,10    | R\$ 560,04    |
| 39 a 43 anos   | R\$ 600,38                              | R\$ 651,49           | R\$ 615,55    | R\$ 666,67    |
| 44 a 48 anos   | R\$ 731,65                              | R\$ 794,01           | R\$ 750,97    | R\$ 813,33    |
| 49 a 53 anos   | R\$ 913,64                              | R\$ 991,59           | R\$ 938,72    | R\$ 1.016,67  |
| 54 a 58 anos   | R\$ 1.199,63                            | R\$ 1.302,09         | R\$ 1.233,75  | R\$ 1.336,21  |
| 59 anos ou +   | R\$ 1.695,35                            | R\$ 1.840,26         | R\$ 1.745,14  | R\$ 1.890,06  |



## TABELA PLANO PREMIUM II PLUS

### COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

| PRODUTO        | CP PREMIUM II PLUS COM OBS COPART CA    |                      |               |               |
|----------------|---|----------------------|---------------|---------------|
| SEGMENTAÇÃO    | Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia |                      |               |               |
| COPARTICIPAÇÃO | ✓ Básica                                | ✓ Básica             | ✓ Básica      | ✓ Básica      |
| ACOMODAÇÃO     | Enfermaria                              | Apartamento          | Enfermaria    | Apartamento   |
| CÓDIGO ANS     | 492.876/22-8                            | 492.875/22-0         | 492.876/22-8  | 492.875/22-0  |
| VALOR          | Combo Saúde + Odonto                    | Combo Saúde + Odonto | Somente Saúde | Somente Saúde |
| 0 a 18 anos    | R\$ 343,15                              | R\$ 372,24           | R\$ 348,41    | R\$ 377,49    |
| 19 a 23 anos   | R\$ 400,87                              | R\$ 434,89           | R\$ 407,63    | R\$ 441,66    |
| 24 a 28 anos   | R\$ 468,38                              | R\$ 508,19           | R\$ 476,93    | R\$ 516,74    |
| 29 a 33 anos   | R\$ 528,56                              | R\$ 573,53           | R\$ 538,70    | R\$ 583,66    |
| 34 a 38 anos   | R\$ 605,20                              | R\$ 656,72           | R\$ 617,34    | R\$ 668,87    |
| 39 a 43 anos   | R\$ 719,72                              | R\$ 781,05           | R\$ 734,89    | R\$ 796,23    |
| 44 a 48 anos   | R\$ 877,24                              | R\$ 952,07           | R\$ 896,56    | R\$ 971,40    |
| 49 a 53 anos   | R\$ 1.095,62                            | R\$ 1.189,17         | R\$ 1.120,70  | R\$ 1.214,25  |
| 54 a 58 anos   | R\$ 1.438,81                            | R\$ 1.561,76         | R\$ 1.472,94  | R\$ 1.595,88  |
| 59 anos ou +   | R\$ 2.033,68                            | R\$ 2.207,58         | R\$ 2.083,47  | R\$ 2.257,38  |



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

### COPARTICIPAÇÃO TOTAL

| PROCEDIMENTOS                         | VITAL                           | PREMIUM II PLUS                 |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Consulta eletiva                      | R\$ 21,60                       | R\$ 21,60                       |
| Consulta em hospital (pronto socorro) | R\$ 32,40                       | R\$ 43,20                       |
| Exames / procedimentos simples        | 30% com limitador de R\$ 27,00  | 30% com limitador de R\$ 27,00  |
| Exames / procedimentos especiais      | 30% com limitador de R\$ 86,40  | 30% com limitador de R\$ 86,40  |
| Terapias (Grupo 1)                    | 30% com limitador de R\$ 32,40  | 30% com limitador de R\$ 32,40  |
| Terapias (Grupo 2)                    | Isento                          | Isento                          |
| Terapias (Grupo 3)                    | 30% com limitador de R\$ 162,00 | 30% com limitador de R\$ 162,00 |
| Internação                            | R\$ 108,00                      | R\$ 108,00                      |

### COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

| PROCEDIMENTOS                         | VITAL                          | PREMIUM II PLUS                |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Consulta eletiva                      | Isento                         | Isento                         |
| Consulta em hospital (pronto socorro) | Isento                         | Isento                         |
| Exames / procedimentos simples        | Isento                         | Isento                         |
| Exames / procedimentos especiais      | Isento                         | Isento                         |
| Terapias (Grupo 1)                    | Isento                         | Isento                         |
| Terapias (Grupo 2)                    | Isento                         | Isento                         |
| Terapias (Grupo 3)                    | 30% com limitador de R\$162,00 | 30% com limitador de R\$162,00 |
| Internação                            | Isento                         | Isento                         |



# CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO  
CONDIÇÕES ABAIXO VÁLIDAS A PARTIR DE 01/09/2023

## PRC ADESÃO

| GRUPO | GRUPO DE BENEFÍCIOS   | CARÊNCIAS MÁXIMAS - CONTRATO | PRC 1.0 M | PRC 3.0 M | PRC 6.0 M | PRC 12.0 M |
|-------|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1     | CONSULTA ELETIVA<br>Consultas médicas e não médicas em consultórios.  | 180 dias                     | Isento    | Isento    | Isento    | Isento     |
| 2     | URGÊNCIA E EMERGÊNCIA<br>Consultas de urgência/emergência em hospitais ou pronto socorros, incluindo os acidentes pessoais.   | 24 horas                     | 24 horas  | 24 horas  | Isento    | Isento     |
| 3     | EXAMES / PROCEDIMENTOS SIMPLES<br>Exames de análises clínicas comuns de sangue (hemograma, sódio, potássio etc.); Exames comuns de urina.   | 180 dias                     | Isento    | Isento    | Isento    | Isento     |
| 4     | EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS<br>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                     | 180 dias  | 180 dias  | 60 dias   | Isento     |
| 5     | TERAPIAS GRUPO 1<br>Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.   | 180 dias                     | 180 dias  | 180 dias  | 180 dias  | 90 dias    |
| 6     | TERAPIAS GRUPO 2<br>Quimioterapias; radioterapias; hemodiálises; diálises; hemoterapias.  | 180 dias                     | 180 dias  | 180 dias  | 180 dias  | 180 dias   |
| 7     | TERAPIAS GRUPO 3<br>Fisioterapias gerais e inespecíficas como psicoterapias, fonoaudiologias, nutrição e, também, os métodos especiais.   | 180 dias                     | 180 dias  | 180 dias  | 180 dias  | 180 dias   |
| 8     | PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 1<br>Internações Gerais.   | 180 dias                     | 180 dias  | 180 dias  | 120 dias  | 30 dias    |
| 9     | PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 2<br>Transplantes; cirurgia bariátrica; internações psiquiátricas; cirurgias com utilização de órteses e ou próteses ligadas ao ato cirúrgico.   | 180 dias                     | 180 dias  | 180 dias  | 180 dias  | 180 dias   |
| 10    | PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 3<br>Parto a termo.  | 300 dias                     | 300 dias  | 300 dias  | 300 dias  | 300 dias   |
| 11    | DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES - CPT   | 24 meses                     | 24 meses  | 24 meses  | 24 meses  | 24 meses   |

### REGRAS PARA APROVEITAMENTO DA CARÊNCIA

**PRC 1.0 M** - 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.

**PRC 3.0 M** - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência entre 3 (três) e 6 (seis) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

**PRC 6.0 M** - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência entre 6 (seis) e 11 (onze) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

**PRC 12.0 M** - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência mínima de 12 (doze) meses em plano de saúde, em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.



## CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

CONDIÇÕES ABAIXO VÁLIDAS A PARTIR DE 01/09/2023

### DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

1. Anexar últimos 2 boletos devidamente quitados (sendo o último até 60 dias da vigência) e cópia do cartão de identificação ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior com informações completas (atualizada e original);
2. Este aditivo valerá para aproveitamento de carência de qualquer operadora regulamentada pela ANS;
3. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Ambulatorial", "Pós-Pagamento" ou "Custo Operacional";
4. A opção de plano com acomodação superior (apartamento) contabilizará carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização do benefício, a partir da vigência do contrato;
5. A contabilização do tempo de permanência para redução de carências entre operadoras será para beneficiários oriundos das operadoras: AMIL, BRADESCO, SULAMÉRICA E UNIMED, com no máximo 30 dias de cancelamento entre as duas operadoras. Somente serão aceitos aproveitamento de carências até 58 anos e 11 meses.
6. Na entrada do contrato, se faltar documentação de comprovação para redução de carência, o contrato será cadastrado com o PRC mais fechado sem possibilidade de alterações.



## PLANO ODONTOLÓGICO

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>PRODUTO</b>                 | <b>HUMANA ODONTO - NE ESSENCIAL M/CE</b> |
| <b>CÓDIGO ANS</b>              | 493.408/22-3                             |
| <b>COBERTURA</b>               | Urgência e Emergência                    |
| <b>ÁREA DE ABRANGÊNCIA</b>     | Grupo de Estados (MA, PB, PI E RN)       |
| <b>ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO</b> | MA                                       |
| <b>REDE CREDENCIADA</b>        | Consultar no Site ou Aplicativo          |



## CARÊNCIAS PLANO ODONTOLÓGICO

| <b>NE ESSENCIAL M/CE</b>      |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| <b>COBERTURA ODONTOLÓGICA</b> | <b>CARÊNCIA CONTRATUAL</b> |
| Urgência e Emergência         | 24 horas                   |





## 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 Reguladoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- A venda será administrativa para segurados a partir de 58 anos, 11 meses e 29 dias.
- Cópias dos documentos anexados a proposta de adesão, deverão estar legíveis.
- A solicitação de transferência poderá ser realizada a qualquer período de acordo com o cronograma de movimentação, mediante prévia autorização da operadora e desde que respeitadas as demais regras vigentes neste benefício. A alteração do plano somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará a transferência de todos os seus beneficiários dependentes inscritos no benefício anteriormente contratado. A transferência para planos com categoria de rede e acomodação superiores a contratada acarretará 180 (cento e oitenta) dias de carência a cumprir.
- 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 + Hospitalar com obstetrícia: Humana Odonto NE Essencial M/CE (493.408/22-3) - R\$ 3,70 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato). Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.
- 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.
- **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 diverso 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

**VITAL** (Municipal): Imperatriz.

**PREMIUM II PLUS** (Grupo de Municípios): Açailândia, Alcântara, Balsas, Governador Edison Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Paço do Lumiar, Raposa, Riachão, São José de Ribamar, São Luís, São Raimundo das Mangabeiras e Senador La Rocque.



## ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Imperatriz



## REAJUSTE

Mês reajuste anual: **FEVEREIRO 2025**



## VIGÊNCIA

| VIGÊNCIA | VENCIMENTO              |
|----------|-------------------------|
| Dia 01   | Todo dia 01 de cada mês |
| Dia 10   | Todo dia 10 de cada mês |
| Dia 20   | Todo dia 20 de cada mês |





# DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

---

## TITULAR

---

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa.
- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até os 15 anos) ou RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- CPF obrigatório para todas as idades.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias).

---

## DEPENDENTES

---

### Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento (ou certidão de nascimento de filhos em comum).
- 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.
- Cópia do RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

### Filho(a) ou enteado(a)

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até os 15 anos) ou RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Em caso de enteado(a), enviar Certidão de Casamento do titular.

### Filho(a) inválido(a) de qualquer idade

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até os 15 anos) ou RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da autenticada do atestado de invalidez emitido pelo INSS.

### Sobrinho

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até os 15 anos) ou RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Documento que comprove vínculo com o titular.

### Neto

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até os 15 anos) ou RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Certidão de Nascimento para comprovar parentesco.

### Irmão

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até os 15 anos) ou RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Certidão de Nascimento válida para titular com até 15 anos.

### Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até os 15 anos) ou RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- 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) E CÓPIA DO CPF.

- Na FNEL, se o titular for menor, poderá incluir: pais.
  - Titulares (estudantes até 17 anos) poderão possuir avó / avô como responsável financeiro, desde que seja apresentada a certidão de nascimento para comprovação de vínculo
- A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



## QUEM PODE ADERIR

### **FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES**

Estudantes em geral (a partir de 10 anos).

Elegibilidade: declaração escolar atualizada + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

### **ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA**

Funcionários do comércio e indústria.

Ficha associativa devidamente assinada.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

### **UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS**

Profissionais liberais.

Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

### **ANSP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS**

Servidores Públicos Municipais, Estaduais e Federais.

Elegibilidade: cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 3,50 por mês.



## RESUMO DA REDE DE ATENDIMENTO

| PRESTADOR                  | VITAL | PREMIUM II PLUS |
|----------------------------|-------|-----------------|
| ANGIOIMP                   | ✓     | ✓               |
| CABRAL                     | ✓     | ✓               |
| CENTROCOR                  | ✓     |                 |
| CLÍNICA AME                | ✓     | ✓               |
| CLÍNICA MAE                | ✓     | ✓               |
| CLÍNICA RICARDO XAVIER     | ✓     | ✓               |
| CLINIFERT                  | ✓     | ✓               |
| DIAGCENTRO                 |       | ✓               |
| DERMCARE                   | ✓     |                 |
| HOSPITAL SÃO RAFAEL        | ✓     | ✓               |
| INSTITUTO DE OLHOS EDILTON | ✓     | ✓               |
| LABORATÓRIO CEDRO          |       | ✓               |
| NEURO E PELE               |       | ✓               |
| ONCORADIUM                 | ✓     | ✓               |
| UROIMP                     | ✓     | ✓               |
| W NUCLEAR                  | ✓     | ✓               |

\*Rede credenciada sujeita a alterações pela operadora, sem aviso prévio. Consulte as atualizações da rede no site: [www.humanasaude.com.br/ma/](http://www.humanasaude.com.br/ma/)