



MANUAL DO CORRETOR

HUMANA SAÚDE
RIO GRANDE DO NORTE

GRUPO 3 - VÁLIDO A PARTIR DAS VIGÊNCIAS 01/03/2025

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 GOLD

| PRODUTO | GOLD QC COM COPARTICIPAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA CA | |
|----------------|---|-----------------|
| ABRANGÊNCIA | Grupo de Municípios | |
| TABELA | Médica + Odonto | Médica + Odonto |
| COPARTICIPAÇÃO | ✓ Completa | ✓ Básica |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Enfermaria |
| CÓDIGO ANS | 486.689/20-4 | 486.689/20-4 |
| 0 a 18 anos | R\$ 251,34 | R\$ 299,81 |
| 19 a 23 anos | R\$ 275,55 | R\$ 328,87 |
| 24 a 28 anos | R\$ 307,72 | R\$ 367,47 |
| 29 a 33 anos | R\$ 349,56 | R\$ 417,66 |
| 34 a 38 anos | R\$ 419,02 | R\$ 501,04 |
| 39 a 43 anos | R\$ 508,83 | R\$ 608,80 |
| 44 a 48 anos | R\$ 632,80 | R\$ 757,55 |
| 49 a 53 anos | R\$ 817,42 | R\$ 979,11 |
| 54 a 58 anos | R\$ 1.080,16 | R\$ 1.294,40 |
| 59 anos ou + | R\$ 1.445,41 | R\$ 1.732,69 |

PLANO ODONTOLÓGICO HUMANA ODONTO NE ESSENCIAL M/CA - CÓDIGO ANS: 493.408/22-3



CARACTERÍSTICAS

| | |
|---------------------|---|
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia. |
| REDE DE ATENDIMENTO | Standard. |
| HUMANA CLINIC | Espaço exclusivo para atendimento humanizado e personalizado. |
| HUMANA DIGITAL | Diversos serviços que facilitam o dia a dia do cliente, através do APP Humana Cliente: carteirinha virtual, autorizações, marcação de consultas, acesso a rede credenciada, dicas de saúde. |
| TELEMEDICINA | Atendimento desburocratizado no local mais confortável para o cliente através de excelentes especialistas médicos. Agência de atendimento bem localizada e humanizada, disponibilizando maior comodidade, conforto, agilidade e segurança para seus clientes. |



TABELA PLANO PLATINUM

| PRODUTO | PLATINUM COM OBSTETRÍCIA QUARTO COLETIVO COPARTICIPAÇÃO ADESÃO | | | |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| ABRANGÊNCIA | Grupo de Municípios | | | |
| TABELA | Médica + Odonto | Médica + Odonto | Médica + Odonto | Médica + Odonto |
| COPARTICIPAÇÃO | ✓ Completa | ✓ Completa | ✓ Básica | ✓ Básica |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | 485.342/20-3 | 485.362/20-8 | 485.342/20-3 | 485.362/20-8 |
| 0 a 18 anos | R\$ 317,36 | R\$ 396,77 | R\$ 379,03 | R\$ 474,33 |
| 19 a 23 anos | R\$ 360,96 | R\$ 451,60 | R\$ 431,35 | R\$ 540,12 |
| 24 a 28 anos | R\$ 406,37 | R\$ 508,69 | R\$ 485,84 | R\$ 608,62 |
| 29 a 33 anos | R\$ 457,81 | R\$ 573,40 | R\$ 547,58 | R\$ 686,27 |
| 34 a 38 anos | R\$ 531,20 | R\$ 665,69 | R\$ 635,63 | R\$ 797,02 |
| 39 a 43 anos | R\$ 630,61 | R\$ 790,71 | R\$ 754,94 | R\$ 947,05 |
| 44 a 48 anos | R\$ 784,17 | R\$ 983,81 | R\$ 939,20 | R\$ 1.178,77 |
| 49 a 53 anos | R\$ 985,00 | R\$ 1.236,34 | R\$ 1.180,20 | R\$ 1.481,81 |
| 54 a 58 anos | R\$ 1.291,77 | R\$ 1.622,13 | R\$ 1.548,32 | R\$ 1.944,76 |
| 59 anos ou + | R\$ 1.823,49 | R\$ 2.290,78 | R\$ 2.186,38 | R\$ 2.747,13 |

PLANO ODONTOLÓGICO HUMANA ODONTO NE ESSENCIAL M/CA - CÓDIGO ANS: 493.408/22-3



CARACTERÍSTICAS

| | |
|---------------------|---|
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia. |
| REDE DE ATENDIMENTO | Plus. |
| HUMANA CLINIC | Espaço exclusivo para atendimento humanizado e personalizado. |
| HUMANA DIGITAL | Diversos serviços que facilitam o dia a dia do cliente, através do APP Humana Cliente: carteirinha virtual, autorizações, marcação de consultas, acesso a rede credenciada, dicas de saúde. |
| TELEMEDICINA | Atendimento desburocratizado no local mais confortável para o cliente através de excelentes especialistas médicos. Agência de atendimento bem localizada e humanizada, disponibilizando maior comodidade, conforto, agilidade e segurança para seus clientes. |



TABELA PLANO REFERÊNCIA

| PRODUTO | REFERÊNCIA COLETIVO POR ADESÃO |
|----------------|--------------------------------------|
| ABRANGÊNCIA | Grupo de Municípios |
| TABELA | Médica + Odonto |
| COPARTICIPAÇÃO | X |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria |
| CÓDIGO ANS | 485.486/20-1 |
| 0 a 18 anos | R\$ 529,70 |
| 19 a 23 anos | R\$ 604,60 |
| 24 a 28 anos | R\$ 682,59 |
| 29 a 33 anos | R\$ 770,99 |
| 34 a 38 anos | R\$ 897,04 |
| 39 a 43 anos | R\$ 1.067,84 |
| 44 a 48 anos | R\$ 1.331,60 |
| 49 a 53 anos | R\$ 1.676,62 |
| 54 a 58 anos | R\$ 2.203,58 |
| 59 anos ou + | R\$ 3.116,96 |

*Instituído pela Lei nº 9.656/98, o plano Referência engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria.



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

| GRUPO | PROCEDIMENTOS | GOLD | PLATINUM E REFERÊNCIA |
|-------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | Consultas eletivas | R\$ 20,00 | R\$ 20,00 |
| 2 | Consultas de P.S/P.A | R\$ 30,00 | R\$ 40,00 |
| 3 | Exames e Procedimentos Simples | 25% com limitador de R\$25,00 | 30% com limitador de R\$25,00 |
| 4 | Exames e Procedimentos Especiais | 25% com limitador de R\$ 80,00 | 30% com limitador de R\$ 80,00 |
| 5 | Terapias Grupo 1 | 25% com limitador de R\$ 30,00 | 30% com limitador de R\$ 30,00 |
| 6 | Terapias Grupo 2 | ISENTO | ISENTO |
| 7 | Terapias Grupo 3 | 40% com limitador de R\$ 150,00 | 40% com limitador de R\$ 150,00 |
| 8 | Internações | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

| GRUPO | PROCEDIMENTOS | GOLD | PLATINUM E REFERÊNCIA |
|-------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | Consultas eletivas | ISENTO | ISENTO |
| 2 | Consultas de P.S/P.A | ISENTO | ISENTO |
| 3 | Exames e Procedimentos Simples | ISENTO | ISENTO |
| 4 | Exames e Procedimentos Especiais | ISENTO | ISENTO |
| 5 | Terapias Grupo 1 | ISENTO | ISENTO |
| 6 | Terapias Grupo 2 | ISENTO | ISENTO |
| 7 | Terapias Grupo 3 | 40% com limitador de R\$ 150,00 | 40% com limitador de R\$ 150,00 |
| 8 | Internações | ISENTO | ISENTO |



QUEM PODE ADERIR

FNEL-FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Estudantes em geral. Para menores de 17 anos de idade completos podem incluir dependentes como pai/mãe até 58 anos e irmã ou irmão até 58 anos.

- 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 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) até 58 anos

- 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 até 58 anos

- 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 até 58 anos

- 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.

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.

- Titulares (estudantes até 17 anos) poderão possuir avô / 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.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Açu, Alto de rodrigues, Caicó, Currais Novos, Goianinha, Guamaré, Mossoró, Natal, Parelhas, Pendências, Santa Cruz, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Ceará-Mirim, São José do Mipibu, Extremoz, Nísia Floresta, Monte Alegre e Vera Cruz.



RESUMO DA REDE DE ATENDIMENTO

| HOSPITAIS | LINHA GOLD | LINHA PREMIUM |
|---|------------|---------------|
| Hospital do Coração de Natal H - PS (Adulto) | ✓ | ✓ |
| Hospital Rio Grande H - PS (Adulto e Pediátrico) | ✓ | ✓ |
| Hospital Villa VIC - Psiquiatria | ✓ | ✓ |
| Hospital Memorial São Francisco H - PS (Adulto) | | ✓ |
| Hospital Wilson Rosado H - PS - M (Adulto e Pediátrico) | ✓ | ✓ |
| Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel H - PS (Adulto e Pediátrico) | ✓ | ✓ |

*Rede credenciada sujeita a alterações pela operadora, sem aviso prévio. Esse material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão. Consulte as atualizações da rede no site: www.humanasaude.com.br/rn/



REAJUSTE

Mês reajuste anual: AGOSTO 2026.



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 |





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 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.
- **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.



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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 | PRC 1000* |
|-------|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1 | CONSULTA ELETIVA Consultas médicas e não médicas em consultórios. | 180 dias | Isento | Isento | Isento | Isento | Isento |
| 2 | URGÊNCIA E EMERGÊNCIA Consultas de urgência/emergência em hospitais ou pronto socorros, incluindo os acidentes pessoais. | 24 horas | 24 horas | 24 horas | Isento | Isento | Isento |
| 3 | EXAMES / PROCEDIMENTOS SIMPLES Exames de análises clínicas comuns de sangue (hemograma, sódio, potássio etc.); Exames comuns de urina. | 180 dias | Isento | Isento | Isento | Isento | 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 | 180 dias | 120 dias | 60 dias | Isento | Isento |
| 5 | TERAPIAS GRUPO 1 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 | 60 dias |
| 6 | TERAPIAS GRUPO 2 Quimioterapias; radioterapias; hemodiálises; diálises; hemoterapias. | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 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 | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias |
| 8 | PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 1 Internações Gerais. | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 120 dias | 30 dias | Isento |
| 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 | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 120 dias |
| 10 | PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 3 Parto a termo. | 300 dias | 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 | 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.

PRC 1000* - Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência mínima de 12 (doze) 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. Esse PRC é destinado a Campanha para novos beneficiários oriundos das Operadoras Amil, Bradesco, Petrobrás, SulAmérica e Unimed. **Condição válida para vendas realizadas nas vigências até 15/03/2025.**



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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.



CARÊNCIAS PLANO ODONTOLÓGICO

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIA CONTRATUAL |
|------------------------|---------------------|
| Urgência e emergência. | 24 horas |
| Demais casos. | 180 dias |

