



MANUAL DO CORRETOR

HUMANA SAÚDE SUL
RIO GRANDE DO SUL - TABELA FECHADA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO HUMANA SAÚDE SUL

Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.

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

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.

**TABELA****LINHA IDEAL**

PRODUTO	CP IDEAL RS COM OBSTETRÍCIA	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Completa	✓ Completa
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	497.391/23-7	497.392/23-5
0 a 18 anos	R\$ 159,29	R\$ 198,03
19 a 23 anos	R\$ 168,60	R\$ 209,67
24 a 28 anos	R\$ 185,03	R\$ 230,20
29 a 33 anos	R\$ 208,54	R\$ 259,59
34 a 38 anos	R\$ 239,17	R\$ 297,88
39 a 43 anos	R\$ 297,88	R\$ 371,27
44 a 48 anos	R\$ 382,99	R\$ 477,64
49 a 53 anos	R\$ 511,75	R\$ 638,61
54 a 58 anos	R\$ 689,36	R\$ 860,62
59 anos ou +	R\$ 929,11	R\$ 1.160,32

PRODUTO	CP IDEAL RS COM OBSTETRÍCIA	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Básica	✓ Básica
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	497.391/23-7	497.392/23-5
0 a 18 anos	R\$ 177,88	R\$ 221,28
19 a 23 anos	R\$ 188,32	R\$ 234,31
24 a 28 anos	R\$ 206,71	R\$ 257,31
29 a 33 anos	R\$ 233,04	R\$ 290,22
34 a 38 anos	R\$ 267,35	R\$ 333,10
39 a 43 anos	R\$ 333,10	R\$ 415,29
44 a 48 anos	R\$ 428,42	R\$ 534,44
49 a 53 anos	R\$ 572,65	R\$ 714,73
54 a 58 anos	R\$ 771,56	R\$ 963,37
59 anos ou +	R\$ 1.040,10	R\$ 1.299,03

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 SUPERIOR

PRODUTO	CP SUPERIOR RS SEM OBSTETRÍCIA	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Completa	✓ Completa
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	497.402/23-6	497.384/23-4
0 a 18 anos	R\$ 190,81	R\$ 237,43
19 a 23 anos	R\$ 202,03	R\$ 251,44
24 a 28 anos	R\$ 221,79	R\$ 276,16
29 a 33 anos	R\$ 250,08	R\$ 311,52
34 a 38 anos	R\$ 286,94	R\$ 357,60
39 a 43 anos	R\$ 357,60	R\$ 445,91
44 a 48 anos	R\$ 460,01	R\$ 573,93
49 a 53 anos	R\$ 614,99	R\$ 767,65
54 a 58 anos	R\$ 828,72	R\$ 1.034,82
59 anos ou +	R\$ 1.117,26	R\$ 1.395,48

PRODUTO	CP SUPERIOR RS SEM OBSTETRÍCIA	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Básica	✓ Básica
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	497.402/23-6	497.384/23-4
0 a 18 anos	R\$ 213,20	R\$ 265,41
19 a 23 anos	R\$ 225,74	R\$ 281,10
24 a 28 anos	R\$ 247,88	R\$ 308,77
29 a 33 anos	R\$ 279,57	R\$ 348,38
34 a 38 anos	R\$ 320,86	R\$ 399,99
39 a 43 anos	R\$ 399,99	R\$ 498,91
44 a 48 anos	R\$ 514,69	R\$ 642,28
49 a 53 anos	R\$ 688,27	R\$ 859,25
54 a 58 anos	R\$ 927,65	R\$ 1.158,48
59 anos ou +	R\$ 1.250,80	R\$ 1.562,43

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 RS COM OBSTETRÍCIA	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Completa	✓ Completa
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	497.402/23-6	497.384/23-4
0 a 18 anos	R\$ 223,72	R\$ 278,57
19 a 23 anos	R\$ 236,91	R\$ 295,05
24 a 28 anos	R\$ 260,17	R\$ 324,12
29 a 33 anos	R\$ 293,46	R\$ 365,74
34 a 38 anos	R\$ 336,82	R\$ 419,94
39 a 43 anos	R\$ 419,94	R\$ 523,84
44 a 48 anos	R\$ 540,43	R\$ 674,45
49 a 53 anos	R\$ 722,75	R\$ 902,36
54 a 58 anos	R\$ 974,20	R\$ 1.216,67
59 anos ou +	R\$ 1.313,65	R\$ 1.640,99

PRODUTO	CP SUPERIOR RS COM OBSTETRÍCIA	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Básica	✓ Básica
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	497.402/23-6	497.384/23-4
0 a 18 anos	R\$ 250,05	R\$ 311,48
19 a 23 anos	R\$ 264,82	R\$ 329,95
24 a 28 anos	R\$ 290,87	R\$ 362,50
29 a 33 anos	R\$ 328,14	R\$ 409,10
34 a 38 anos	R\$ 376,72	R\$ 469,81
39 a 43 anos	R\$ 469,81	R\$ 586,19
44 a 48 anos	R\$ 604,76	R\$ 754,86
49 a 53 anos	R\$ 808,96	R\$ 1.010,12
54 a 58 anos	R\$ 1.090,59	R\$ 1.362,15
59 anos ou +	R\$ 1.470,77	R\$ 1.837,38

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
ABRANGÊNCIA	Nacional	Nacional
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	495.026/23-7	495.024/23-1
0 a 18 anos	R\$ 336,82	R\$ 376,72
19 a 23 anos	R\$ 425,59	R\$ 476,15
24 a 28 anos	R\$ 460,81	R\$ 515,59
29 a 33 anos	R\$ 494,63	R\$ 553,47
34 a 38 anos	R\$ 510,96	R\$ 571,76
39 a 43 anos	R\$ 597,09	R\$ 668,22
44 a 48 anos	R\$ 853,34	R\$ 955,23
49 a 53 anos	R\$ 1.167,98	R\$ 1.307,63
54 a 58 anos	R\$ 1.388,38	R\$ 1.554,46
59 anos ou +	R\$ 1.994,87	R\$ 2.233,74

PRODUTO	CP PREMIUM NACIONAL LPR COM OBSTETRÍCIA	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Básica	✓ Básica
ABRANGÊNCIA	Nacional	Nacional
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
TABELA	Médica + Odonto Essencial*	Médica + Odonto Essencial*
CÓDIGO ANS	495.026/23-7	495.024/23-1
0 a 18 anos	R\$ 376,72	R\$ 421,41
19 a 23 anos	R\$ 476,15	R\$ 532,77
24 a 28 anos	R\$ 515,59	R\$ 576,94
29 a 33 anos	R\$ 553,47	R\$ 619,37
34 a 38 anos	R\$ 571,76	R\$ 639,85
39 a 43 anos	R\$ 668,22	R\$ 747,89
44 a 48 anos	R\$ 955,23	R\$ 1.069,33
49 a 53 anos	R\$ 1.307,63	R\$ 1.464,01
54 a 58 anos	R\$ 1.554,46	R\$ 1.740,49
59 anos ou +	R\$ 2.233,74	R\$ 2.501,27

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 IDEAL E SUPERIOR

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
Consulta eletiva	R\$ 45,00	R\$ 45,00
Consultas em P.S. / P.A.	R\$ 45,00	R\$ 45,00
Exames/procedimentos simples	30% com limitador de R\$ 25,00	ISENTO
Exames/procedimentos especiais	30% com limitador de R\$ 150,00	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.

LINHA PREMIUM NACIONAL

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
Consulta eletiva	R\$ 60,00	R\$ 60,00
Consultas em P.S. / P.A.	R\$ 60,00	R\$ 60,00
Exames/procedimentos simples	30% com limitador de R\$ 25,00	ISENTO
Exames/procedimentos especiais	30% com limitador de R\$ 150,00	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

UNIPRO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS

Pessoas físicas, profissionais liberais que exerçam as profissões relacionadas: Veterinário; Administrador; Advogado; Nutricionista; Dentista; Enfermeiro; Arquiteto; Psicólogo; Fisioterapeuta; Médico; Biólogo; Biomédico; Contabilista; Economista; Educador Físico; Engenheiro; Farmacêutico; Assistente Social.

- Ficha associativa comprovando vínculo regular com a entidade + Cópia do diploma (frente e verso) OU certificado de conclusão de curso OU registro no conselho de classe OU comprovante de contribuição sindical da categoria.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

ANSP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Funcionários públicos, ativos, vinculados aos poderes Federal, Estadual e Municipal.

- Ficha associativa comprovando vínculo regular com a entidade + Caso estatutário: nomeação e holerite OU Caso celetista: carteira de trabalho e holerite.

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 a qualquer momento, 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

IDEAL – Antônio Prado, Bento Gonçalves, Bom Princípio, Cambará do Sul, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Nova Petrópolis, São Marcos, São Sebastião do Caí e Vacaria.

SUPERIOR RS – Antônio Prado, Bento Gonçalves, Bom Princípio, Cachoeirinha, Cambará do Sul, Canela, Canoas, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Esteio, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Gravataí, Guaíba, Lajeado, Nova Petrópolis, Novo Hamburgo, Porto Alegre, São Leopoldo, São Marcos, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Vacaria e Viamão.

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, Hemodiálises, 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.

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.

ODONTO ESSENCIAL S ESSENCIAL M/CA

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