



Humana

ANS - nº 34.818-0

Affix

ANS - nº 41.742-4

MANUAL DO CORRETOR

HUMANA SAÚDE SUL
LONDRINA - TABELA FECHADA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO 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\$ 146,82 | R\$ 147,71 | R\$ 164,04 | R\$ 164,93 |
| 19 a 23 anos | R\$ 186,02 | R\$ 186,04 | R\$ 207,84 | R\$ 207,87 |
| 24 a 28 anos | R\$ 201,56 | R\$ 201,25 | R\$ 225,22 | R\$ 224,90 |
| 29 a 33 anos | R\$ 216,50 | R\$ 215,86 | R\$ 241,91 | R\$ 241,26 |
| 34 a 38 anos | R\$ 223,71 | R\$ 222,90 | R\$ 249,96 | R\$ 249,15 |
| 39 a 43 anos | R\$ 261,74 | R\$ 260,10 | R\$ 292,45 | R\$ 290,80 |
| 44 a 48 anos | R\$ 374,89 | R\$ 370,75 | R\$ 418,88 | R\$ 414,74 |
| 49 a 53 anos | R\$ 513,84 | R\$ 506,63 | R\$ 574,11 | R\$ 566,91 |
| 54 a 58 anos | R\$ 611,16 | R\$ 601,80 | R\$ 682,86 | R\$ 673,50 |
| 59 anos ou + | R\$ 878,96 | R\$ 863,70 | R\$ 982,08 | R\$ 966,82 |

| 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\$ 164,06 | R\$ 164,95 | R\$ 183,35 | R\$ 184,24 |
| 19 a 23 anos | R\$ 207,86 | R\$ 207,88 | R\$ 232,30 | R\$ 232,33 |
| 24 a 28 anos | R\$ 225,23 | R\$ 224,91 | R\$ 251,72 | R\$ 251,41 |
| 29 a 33 anos | R\$ 241,92 | R\$ 241,28 | R\$ 270,38 | R\$ 269,73 |
| 34 a 38 anos | R\$ 249,98 | R\$ 249,17 | R\$ 279,38 | R\$ 278,57 |
| 39 a 43 anos | R\$ 292,47 | R\$ 290,83 | R\$ 326,87 | R\$ 325,22 |
| 44 a 48 anos | R\$ 418,91 | R\$ 414,77 | R\$ 468,18 | R\$ 464,04 |
| 49 a 53 anos | R\$ 574,17 | R\$ 566,96 | R\$ 641,68 | R\$ 634,48 |
| 54 a 58 anos | R\$ 682,91 | R\$ 673,56 | R\$ 763,22 | R\$ 753,87 |
| 59 anos ou + | R\$ 982,16 | R\$ 966,90 | R\$ 1.097,67 | R\$ 1.082,40 |

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\$ 4,13 - 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.



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 | 495.030/23-5 | 495.030/23-5 | 495.028/23-3 | 495.028/23-3 |
| 0 a 18 anos | R\$ 159,57 | R\$ 160,77 | R\$ 178,38 | R\$ 179,58 |
| 19 a 23 anos | R\$ 202,17 | R\$ 202,60 | R\$ 226,00 | R\$ 226,42 |
| 24 a 28 anos | R\$ 219,07 | R\$ 219,18 | R\$ 244,90 | R\$ 245,01 |
| 29 a 33 anos | R\$ 235,30 | R\$ 235,12 | R\$ 263,04 | R\$ 262,85 |
| 34 a 38 anos | R\$ 243,14 | R\$ 242,81 | R\$ 271,80 | R\$ 271,47 |
| 39 a 43 anos | R\$ 284,48 | R\$ 283,39 | R\$ 318,00 | R\$ 316,91 |
| 44 a 48 anos | R\$ 407,46 | R\$ 404,11 | R\$ 455,48 | R\$ 452,13 |
| 49 a 53 anos | R\$ 558,46 | R\$ 552,34 | R\$ 624,28 | R\$ 618,16 |
| 54 a 58 anos | R\$ 664,23 | R\$ 656,17 | R\$ 742,51 | R\$ 734,46 |
| 59 anos ou + | R\$ 955,30 | R\$ 941,90 | R\$ 1.067,88 | R\$ 1.054,49 |

| 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\$ 178,37 | R\$ 179,58 | R\$ 199,42 | R\$ 200,62 |
| 19 a 23 anos | R\$ 226,00 | R\$ 226,42 | R\$ 252,67 | R\$ 253,09 |
| 24 a 28 anos | R\$ 244,89 | R\$ 245,00 | R\$ 273,79 | R\$ 273,90 |
| 29 a 33 anos | R\$ 263,04 | R\$ 262,85 | R\$ 294,08 | R\$ 293,89 |
| 34 a 38 anos | R\$ 271,80 | R\$ 271,47 | R\$ 303,87 | R\$ 303,54 |
| 39 a 43 anos | R\$ 318,00 | R\$ 316,91 | R\$ 355,52 | R\$ 354,43 |
| 44 a 48 anos | R\$ 455,48 | R\$ 452,14 | R\$ 509,22 | R\$ 505,88 |
| 49 a 53 anos | R\$ 624,28 | R\$ 618,16 | R\$ 697,93 | R\$ 691,82 |
| 54 a 58 anos | R\$ 742,51 | R\$ 734,46 | R\$ 830,12 | R\$ 822,07 |
| 59 anos ou + | R\$ 1.067,89 | R\$ 1.054,49 | R\$ 1.193,88 | R\$ 1.180,49 |

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\$ 4,13 - 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.



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\$ 287,87 | R\$ 288,09 | R\$ 321,94 | R\$ 322,17 |
| 19 a 23 anos | R\$ 364,73 | R\$ 363,92 | R\$ 407,91 | R\$ 407,10 |
| 24 a 28 anos | R\$ 395,22 | R\$ 393,99 | R\$ 442,01 | R\$ 440,78 |
| 29 a 33 anos | R\$ 424,51 | R\$ 422,88 | R\$ 474,76 | R\$ 473,14 |
| 34 a 38 anos | R\$ 438,64 | R\$ 436,83 | R\$ 490,58 | R\$ 488,76 |
| 39 a 43 anos | R\$ 513,21 | R\$ 510,39 | R\$ 573,97 | R\$ 571,14 |
| 44 a 48 anos | R\$ 735,08 | R\$ 729,25 | R\$ 822,10 | R\$ 816,26 |
| 49 a 53 anos | R\$ 1.007,51 | R\$ 997,98 | R\$ 1.126,76 | R\$ 1.117,23 |
| 54 a 58 anos | R\$ 1.198,33 | R\$ 1.186,21 | R\$ 1.340,17 | R\$ 1.328,06 |
| 59 anos ou + | R\$ 1.723,44 | R\$ 1.704,20 | R\$ 1.927,44 | R\$ 1.908,20 |

| 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\$ 321,94 | R\$ 322,17 | R\$ 360,11 | R\$ 360,34 |
| 19 a 23 anos | R\$ 407,91 | R\$ 407,09 | R\$ 456,27 | R\$ 455,45 |
| 24 a 28 anos | R\$ 442,01 | R\$ 440,78 | R\$ 494,41 | R\$ 493,18 |
| 29 a 33 anos | R\$ 474,76 | R\$ 473,13 | R\$ 531,04 | R\$ 529,42 |
| 34 a 38 anos | R\$ 490,57 | R\$ 488,75 | R\$ 548,73 | R\$ 546,91 |
| 39 a 43 anos | R\$ 573,96 | R\$ 571,14 | R\$ 642,01 | R\$ 639,18 |
| 44 a 48 anos | R\$ 822,10 | R\$ 816,26 | R\$ 919,56 | R\$ 913,72 |
| 49 a 53 anos | R\$ 1.126,77 | R\$ 1.117,24 | R\$ 1.260,33 | R\$ 1.250,80 |
| 54 a 58 anos | R\$ 1.340,18 | R\$ 1.328,06 | R\$ 1.499,05 | R\$ 1.486,93 |
| 59 anos ou + | R\$ 1.927,44 | R\$ 1.908,21 | R\$ 2.155,93 | R\$ 2.136,69 |

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\$ 4,13 - 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

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), sendo em nome do titular ou familiar com comprovação de vínculo.

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 2025**.
- 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, 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 |



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/