



MANUAL DO CORRETOR

HUMANA SAÚDE
IMPERATRIZ - MA

VÁLIDO A PARTIR DE 01/02/2025

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 VITAL

PRODUTO	CP VITAL IMPERATRIZ COM OBS COPART CA	
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	
COPARTICIPAÇÃO	✓ Total	✓ Total
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Enfermaria
CÓDIGO ANS	494.238/22-8	494.238/22-8
VALOR	Combo Saúde + Odonto	Somente Saúde
0 a 18 anos	R\$ 246,90	R\$ 253,31
19 a 23 anos	R\$ 288,21	R\$ 296,37
24 a 28 anos	R\$ 336,55	R\$ 346,75
29 a 33 anos	R\$ 379,63	R\$ 391,66
34 a 38 anos	R\$ 434,50	R\$ 448,85
39 a 43 anos	R\$ 516,48	R\$ 534,30
44 a 48 anos	R\$ 629,25	R\$ 651,84
49 a 53 anos	R\$ 785,59	R\$ 814,81
54 a 58 anos	R\$ 1.031,29	R\$ 1.070,90
59 anos ou +	R\$ 1.457,15	R\$ 1.514,79



TABELA PLANO PREMIUM II PLUS

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\$ 329,19	R\$ 357,07	R\$ 335,60	R\$ 363,47
19 a 23 anos	R\$ 384,51	R\$ 417,11	R\$ 392,66	R\$ 425,26
24 a 28 anos	R\$ 449,19	R\$ 487,35	R\$ 459,40	R\$ 497,56
29 a 33 anos	R\$ 506,88	R\$ 549,96	R\$ 518,90	R\$ 561,99
34 a 38 anos	R\$ 580,31	R\$ 629,69	R\$ 594,67	R\$ 644,05
39 a 43 anos	R\$ 690,06	R\$ 748,84	R\$ 707,88	R\$ 766,67
44 a 48 anos	R\$ 841,02	R\$ 912,74	R\$ 863,62	R\$ 935,33
49 a 53 anos	R\$ 1.050,31	R\$ 1.139,95	R\$ 1.079,53	R\$ 1.169,17
54 a 58 anos	R\$ 1.379,20	R\$ 1.497,03	R\$ 1.418,81	R\$ 1.536,64
59 anos ou +	R\$ 1.949,28	R\$ 2.115,92	R\$ 2.006,91	R\$ 2.173,57



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	VITAL	PREMIUM II PLUS
Consulta eletiva	R\$ 24,84	R\$ 24,84
Consulta em hospital (pronto socorro)	R\$ 37,26	R\$ 49,68
Exames / procedimentos simples	25% com limitador de R\$ 31,05	30% com limitador de R\$ 31,06
Exames / procedimentos especiais	25% com limitador de R\$ 99,36	30% com limitador de R\$ 99,37
Terapias (Grupo 1)	25% com limitador de R\$ 37,26	30% com limitador de R\$ 37,27
Terapias (Grupo 2)	Isento	Isento
Terapias (Grupo 3)	30% com limitador de R\$ 186,30	30% com limitador de R\$ 186,30
Internação	R\$ 124,20	R\$ 124,20



PLANO ODONTOLÓGICO

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



CARÊNCIAS PLANO ODONTOLÓGICO

NE ESSENCIAL M/CE	
COBERTURA ODONTOLÓGICA	CARÊNCIA CONTRATUAL
Urgência e Emergência	24 horas





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\$ 10,00 por mês.

ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA

Funcionários do comércio e indústria.

Ficha associativa devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 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\$ 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)

- 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 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

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 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.
- 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.





CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PRC ADEÇÃO

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIAS CONTRATUAIS	PRC 1004.0 M*
CONSULTA ELETIVA Consultas médicas e não médicas em consultórios.	180 dias	ZERO
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA Consultas de urgência/emergência em hospitais ou pronto socorros, incluindo os acidentes pessoais.	24 horas	ZERO
EXAMES / PROCEDIMENTOS SIMPLES Exames de análises clínicas comuns de sangue (hemograma, sódio, potássio etc.); Exames comuns de urina.	180 dias	ZERO
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	ZERO
TERAPIAS GRUPO 1 Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.	180 dias	30 dias
TERAPIAS GRUPO 2 Quimioterapias; radioterapias; hemodiálises; diálises; hemoterapias.	180 dias	180 dias
TERAPIAS GRUPO 3 Fisioterapias gerais e inespecíficas como psicoterapias, fonoaudiologias, nutrição e, também, os métodos especiais.	180 dias	180 dias
PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 1 Internações Gerais.	180 dias	30 dias
PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 2 Transplantes; cirurgia bariátrica; internações psiquiátricas; cirurgias com utilização de órteses e ou próteses ligadas ao ato cirúrgico.	180 dias	180 dias
PROCEDIMENTOS INTERNAÇÃO 3 Parto a termo.	300 dias	300 dias

As doenças ou lesões preexistentes permanecerão com o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de aplicação da CPT (Cobertura Parcial Temporária) inalterado.

Carência - é o período ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998.

REGRAS PARA APROVEITAMENTO DA CARÊNCIA

CARÊNCIA CONTRATUAL: para os beneficiários (titulares e dependentes) que não se enquadram na PRC acima ou possuam 59 anos ou mais.

PRC 1004.0 M*: destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos de saúde coletivos por adesão sem a necessidade de comprovação de histórico de plano de saúde anterior nesta operadora ou em outra.





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/