

ANS - nº 34818-0

ACIMACAR
ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL
DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON

 **humana**
SAÚDE



**COLETIVO
EMPRESARIAL**

Um plano acessível que cabe no seu bolso e que cuida de você e sua empresa.

(45)3284-5700/3284-5703
(45) 99957-7174
novo.acimacar.com.br
convenios@acimacar.com.br



IMPORTANTE (USO INTERNO): este Portfólio é exclusivamente de **USO INTERNO** de **AGENTES AUTORIZADOS DE VENDAS** e **VENDEDORES INTERNOS**, não podendo ser veiculado em redes sociais integralmente ou em partes, nem mesmo encaminhado para clientes, parceiros ou prestadores, nem publicada em qualquer canal externo.

06/2026 - Marechal

PORTFÓLIO

AMBULATORIAL MCR

ANS: 495.075/23-5

**COPARTICIPAÇÃO
COMPLETA**

**COPARTICIPAÇÃO
BÁSICA**

**FAIXA
ETÁRIA**

COMBO PLENO*
MÉDICO +
ODONTO PLENO

COMBO PLENO*
MÉDICO +
ODONTO PLENO

00 - 18

R\$ 78,06

R\$ 86,92

19 - 23

R\$ 96,29

R\$ 107,54

24 - 28

R\$ 103,53

R\$ 115,71

29 - 33

R\$ 110,46

R\$ 123,54

34 - 38

R\$ 113,81

R\$ 127,32

39 - 43

R\$ 131,49

R\$ 147,31

44 - 48

R\$ 184,12

R\$ 206,77

49 - 53

R\$ 248,71

R\$ 279,75

54 - 58

R\$ 293,96

R\$ 330,88

59 ou mais

R\$ 418,50

R\$ 471,60

**COPARTICIPAÇÃO
COMPLETA**

**COPARTICIPAÇÃO
BÁSICA**

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	SEM COBERTURA

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	SEM COBERTURA

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial

Coparticipação: Completa | Básica

Abrangência: Grupo de Municípios



Linha

VITAL**COLETIVO EMPRESARIAL****ACIMACAR**
ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL
DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON**humana**
SAÚDE**CP VITAL MCR****COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO****ENFERMARIA**

ANS: 495.078/23-0

APARTAMENTO

ANS: 495.073/23-9

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
00 - 18	R\$ 101,68	R\$ 113,64	R\$ 112,72	R\$ 126,09
19 - 23	R\$ 126,23	R\$ 141,38	R\$ 140,20	R\$ 157,14
24 - 28	R\$ 135,95	R\$ 152,37	R\$ 151,11	R\$ 169,47
29 - 33	R\$ 145,31	R\$ 162,95	R\$ 161,58	R\$ 181,30
34 - 38	R\$ 149,82	R\$ 168,06	R\$ 166,63	R\$ 187,01
39 - 43	R\$ 173,65	R\$ 194,98	R\$ 193,31	R\$ 217,18
44 - 48	R\$ 244,49	R\$ 275,02	R\$ 272,62	R\$ 306,81
49 - 53	R\$ 331,43	R\$ 373,30	R\$ 370,02	R\$ 416,87
54 - 58	R\$ 392,35	R\$ 442,13	R\$ 438,24	R\$ 493,96
59 ou mais	R\$ 559,99	R\$ 631,58	R\$ 625,99	R\$ 706,11

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	30%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	30%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs | **Abrangência:** Grupo de Municípios

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, Ambulatorial + Hospitalar com obstetria ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetria - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.026/23-8) -R\$ 8,90 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CP IDEAL MCR
COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO

**COM
OBSTETRÍCIA**

ENFERMARIA

ANS: 495.070/23-4

APARTAMENTO

ANS: 495.067/23-4

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
00 - 18	R\$ 113,49	R\$ 126,96	R\$ 125,93	R\$ 141,02
19 - 23	R\$ 141,16	R\$ 158,23	R\$ 156,94	R\$ 176,06
24 - 28	R\$ 152,16	R\$ 170,66	R\$ 169,24	R\$ 189,96
29 - 33	R\$ 162,71	R\$ 182,58	R\$ 181,05	R\$ 203,30
34 - 38	R\$ 167,78	R\$ 188,31	R\$ 186,76	R\$ 209,74
39 - 43	R\$ 194,63	R\$ 218,66	R\$ 216,84	R\$ 243,74
44 - 48	R\$ 274,57	R\$ 309,00	R\$ 306,36	R\$ 344,88
49 - 53	R\$ 372,70	R\$ 419,89	R\$ 416,26	R\$ 469,06
54 - 58	R\$ 441,43	R\$ 497,55	R\$ 493,25	R\$ 556,05
59 ou mais	R\$ 630,59	R\$ 711,28	R\$ 705,10	R\$ 795,42

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs | **Abrangência:** Grupo de Municípios

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, Ambulatorial + Hospitalar com obstetria ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetria - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.026/23-8) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CP IDEAL MCR
COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO

**SEM
OBSTETRÍCIA**

ENFERMARIA

ANS:498.423/24-4

APARTAMENTO

ANS: 498.422/24-6

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
00 - 18	R\$ 101,11	R\$ 112,98	R\$ 112,07	R\$ 125,37
19 - 23	R\$ 125,51	R\$ 140,55	R\$ 139,39	R\$ 156,26
24 - 28	R\$ 135,17	R\$ 151,46	R\$ 150,22	R\$ 168,49
29 - 33	R\$ 144,46	R\$ 161,95	R\$ 160,62	R\$ 180,25
34 - 38	R\$ 148,95	R\$ 167,02	R\$ 165,65	R\$ 185,92
39 - 43	R\$ 172,62	R\$ 193,77	R\$ 192,15	R\$ 215,86
44 - 48	R\$ 243,00	R\$ 273,28	R\$ 270,96	R\$ 304,93
49 - 53	R\$ 329,47	R\$ 370,99	R\$ 367,75	R\$ 414,32
54 - 58	R\$ 389,96	R\$ 439,33	R\$ 435,56	R\$ 490,94
59 ou mais	R\$ 556,56	R\$ 627,55	R\$ 622,13	R\$ 701,78

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial + Hosp Sem Obs | **Abrangência:** Grupo de Municípios

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, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.026/23-8) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CP SUPERIOR OESTE PR
COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO

COM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS: 495.065/23-8

APARTAMENTO

ANS: 495.063/23-1

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
00 - 18	R\$ 131,32	R\$ 147,13	R\$ 145,89	R\$ 163,59
19 - 23	R\$ 163,77	R\$ 183,79	R\$ 182,25	R\$ 204,68
24 - 28	R\$ 176,64	R\$ 198,34	R\$ 196,66	R\$ 220,97
29 - 33	R\$ 189,00	R\$ 212,31	R\$ 210,51	R\$ 236,63
34 - 38	R\$ 194,99	R\$ 219,07	R\$ 217,18	R\$ 244,18
39 - 43	R\$ 226,45	R\$ 254,62	R\$ 252,46	R\$ 284,06
44 - 48	R\$ 320,13	R\$ 360,48	R\$ 357,35	R\$ 402,59
49 - 53	R\$ 435,13	R\$ 490,42	R\$ 486,18	R\$ 548,20
54 - 58	R\$ 515,71	R\$ 581,48	R\$ 576,39	R\$ 650,16
59 ou mais	R\$ 737,40	R\$ 831,97	R\$ 824,67	R\$ 930,75

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs | **Abrangência:** Grupo de Municípios

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, Ambulatorial + Hospitalar com obstetria ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetria - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.026/23-8) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)



Linha
SUPERIOR

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

ACIMACAR
ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL
DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON

humana
SAÚDE

CP SUPERIOR OESTE PR

COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO

SEM
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA

ANS:498.424/24-2

APARTAMENTO

ANS: 498.421/24-8

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
00 - 18	R\$ 116,82	R\$ 130,75	R\$ 129,67	R\$ 145,26
19 - 23	R\$ 145,41	R\$ 163,06	R\$ 161,67	R\$ 181,41
24 - 28	R\$ 156,75	R\$ 175,87	R\$ 174,36	R\$ 195,76
29 - 33	R\$ 167,65	R\$ 188,20	R\$ 186,55	R\$ 209,53
34 - 38	R\$ 172,90	R\$ 194,13	R\$ 192,43	R\$ 216,17
39 - 43	R\$ 200,61	R\$ 225,46	R\$ 223,50	R\$ 251,27
44 - 48	R\$ 283,12	R\$ 318,72	R\$ 315,89	R\$ 355,66
49 - 53	R\$ 384,42	R\$ 433,20	R\$ 429,32	R\$ 483,85
54 - 58	R\$ 455,38	R\$ 513,40	R\$ 508,78	R\$ 573,63
59 ou mais	R\$ 650,65	R\$ 734,10	R\$ 727,44	R\$ 820,71

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial + Hosp Sem Obs | **Abrangência:** Grupo de Municípios

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, Ambulatorial + Hospitalar com obstetria ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetria - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.026/23-8) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP HUMANA SAÚDE

CP SUPERIOR OESTE R2
COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO

ENFERMARIA

ANS 506.036/25-2

APARTAMENTO

ANS: 506.033/25-8

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
00 - 18	R\$ 154,88	R\$ 173,73	R\$ 172,27	R\$ 193,40
19 - 23	R\$ 193,60	R\$ 217,49	R\$ 215,67	R\$ 242,45
24 - 28	R\$ 208,87	R\$ 234,75	R\$ 232,86	R\$ 261,88
29 - 33	R\$ 223,74	R\$ 251,56	R\$ 249,41	R\$ 280,58
34 - 38	R\$ 230,87	R\$ 259,61	R\$ 257,39	R\$ 289,60
39 - 43	R\$ 268,44	R\$ 302,08	R\$ 299,50	R\$ 337,20
44 - 48	R\$ 380,27	R\$ 428,44	R\$ 424,71	R\$ 478,70
49 - 53	R\$ 517,56	R\$ 583,58	R\$ 578,48	R\$ 652,47
54 - 58	R\$ 613,75	R\$ 692,27	R\$ 686,18	R\$ 774,18
59 ou mais	R\$ 878,39	R\$ 991,34	R\$ 982,58	R\$ 1.109,14

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs | **Abrangência:** Grupo de Municípios

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, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.026/23-8) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CP PREMIUM NACIONAL OPR
COMBO PLENO* MÉDICO + ODONTO PLENO



ENFERMARIA

ANS: 495.061/23-5

APARTAMENTO

ANS: 495.059/23-3

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO BÁSICA
00 - 18	R\$ 264,37	R\$ 297,47	R\$ 294,93	R\$ 331,99
19 - 23	R\$ 332,33	R\$ 374,26	R\$ 371,06	R\$ 418,02
24 - 28	R\$ 359,30	R\$ 404,75	R\$ 401,26	R\$ 452,16
29 - 33	R\$ 385,20	R\$ 434,02	R\$ 430,27	R\$ 484,94
34 - 38	R\$ 397,72	R\$ 448,15	R\$ 444,27	R\$ 500,78
39 - 43	R\$ 463,66	R\$ 522,68	R\$ 518,12	R\$ 584,23
44 - 48	R\$ 659,88	R\$ 744,39	R\$ 737,89	R\$ 832,57
49 - 53	R\$ 900,80	R\$ 1.016,64	R\$ 1.007,72	R\$ 1.137,49
54 - 58	R\$ 1.069,56	R\$ 1.207,35	R\$ 1.196,73	R\$ 1.351,08
59 ou mais	R\$ 1.533,94	R\$ 1.732,09	R\$ 1.716,85	R\$ 1.938,83

COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	40% com limite de R\$ 195,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	40% com limite de R\$ 195,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	40% com limite de R\$ 195,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	40%
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	40%
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	ISENTO
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	ISENTO
5	TERAPIAS GRUPO 1	ISENTO
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 195,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial + Hosp + Obs | **Abrangência:** Nacional

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, Ambulatorial + Hospitalar com obstetria ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetria - Humana Odonto S Pleno M/CE (497.026/23-8) -R\$ 8,90 -Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)



GRUPO DE PROCEDIMENTOS

Grupos de PROCEDIMENTOS para incidência de COPARTICIPAÇÃO e de redução de CARÊNCIAS promocionais

GRUPO	TIPO 1	EXEMPLO
01	Consultas Eletivas	Médicas e Não Médicas
02	Consultas de P.S.	Pronto-socorro e Pronto Atendimento
03	Exames e Procedimentos Simples	Radiologia Simples, Análises Clínicas, Ultrassonografia, ECG, MAPA
04	Exames e Procedimentos Especiais	Exames Genéticos, Medicina Nuclear, Tomografias, Ressonâncias, Endoscopias
05	Terapias Grupo 1	Fisioterapias e outras terapias, em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíaco, pós AVC, neuropata e amputado
06	Terapias Grupo 2	Diálises, Quimioterapias, Radioterapias
07	Terapias Grupo 3	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição, Crioterapias, Hidroterapias e Métodos Especiais.
08	Internações	Gerais