

TABELA DE PREÇOS ADESÃO

ANS - Nº 423041

ANS - Nº 348180



ATUALIZAÇÃO
2026 . MAR



LONDRINA



Quem pode aderir

ANS - Nº 348180

ANS - Nº 423041

ALOBRAS | Associação de Lojistas no Ramo Vestuário do Brasil

Trabalhadores do ramo de vestuário do Brasil.

Documentação necessária:

Contracheque ou carteira de trabalho registrada no ramo de vestuário.

Taxa:

R\$ 7,00 mensais por titular.



AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	496.589/23-2	496.589/23-2
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 230,06	R\$ 214,63
19 - 23	R\$ 291,47	R\$ 270,71
24 - 28	R\$ 315,83	R\$ 292,96
29 - 33	R\$ 339,23	R\$ 314,33
34 - 38	R\$ 350,53	R\$ 324,65
39 - 43	R\$ 410,12	R\$ 379,07
44 - 48	R\$ 587,41	R\$ 540,98
49 - 53	R\$ 805,10	R\$ 739,79
54 - 58	R\$ 957,60	R\$ 879,05
59 ou mais	R\$ 1.377,21	R\$ 1.262,26

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	496.589/23-2	496.589/23-2
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 207,53	R\$ 192,11
19 - 23	R\$ 262,93	R\$ 242,18
24 - 28	R\$ 284,91	R\$ 262,05
29 - 33	R\$ 306,01	R\$ 281,13
34 - 38	R\$ 316,22	R\$ 290,34
39 - 43	R\$ 369,98	R\$ 338,93
44 - 48	R\$ 529,92	R\$ 483,49
49 - 53	R\$ 726,30	R\$ 660,99
54 - 58	R\$ 863,87	R\$ 785,32
59 ou mais	R\$ 1.242,40	R\$ 1.127,46

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	496.591/23-4	496.591/23-4
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 255,26	R\$ 239,83
19 - 23	R\$ 323,40	R\$ 302,63
24 - 28	R\$ 350,43	R\$ 327,55
29 - 33	R\$ 376,39	R\$ 351,49
34 - 38	R\$ 388,93	R\$ 363,04
39 - 43	R\$ 455,05	R\$ 423,99
44 - 48	R\$ 651,76	R\$ 605,32
49 - 53	R\$ 893,31	R\$ 827,97
54 - 58	R\$ 1.062,51	R\$ 983,93
59 ou mais	R\$ 1.528,09	R\$ 1.413,10

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	496.591/23-4	496.591/23-4
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 230,05	R\$ 214,61
19 - 23	R\$ 291,46	R\$ 270,68
24 - 28	R\$ 315,82	R\$ 292,93
29 - 33	R\$ 339,22	R\$ 314,30
34 - 38	R\$ 350,52	R\$ 324,62
39 - 43	R\$ 410,11	R\$ 379,04
44 - 48	R\$ 587,39	R\$ 540,94
49 - 53	R\$ 805,08	R\$ 739,73
54 - 58	R\$ 957,57	R\$ 878,98
59 ou mais	R\$ 1.377,17	R\$ 1.262,16

*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\$ 4,53 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	495.030/23-5	495.030/23-5
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 249,17	R\$ 233,74
19 - 23	R\$ 315,69	R\$ 294,92
24 - 28	R\$ 342,07	R\$ 319,20
29 - 33	R\$ 367,42	R\$ 342,52
34 - 38	R\$ 379,67	R\$ 353,78
39 - 43	R\$ 444,21	R\$ 413,15
44 - 48	R\$ 636,25	R\$ 589,80
49 - 53	R\$ 872,04	R\$ 806,70
54 - 58	R\$ 1.037,22	R\$ 958,63
59 ou mais	R\$ 1.491,70	R\$ 1.376,72

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	495.030/23-5	495.030/23-5
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 224,60	R\$ 209,17
19 - 23	R\$ 284,57	R\$ 263,79
24 - 28	R\$ 308,35	R\$ 285,46
29 - 33	R\$ 331,20	R\$ 306,28
34 - 38	R\$ 342,24	R\$ 316,33
39 - 43	R\$ 400,42	R\$ 369,34
44 - 48	R\$ 573,51	R\$ 527,05
49 - 53	R\$ 786,05	R\$ 720,70
54 - 58	R\$ 934,95	R\$ 856,34
59 ou mais	R\$ 1.344,62	R\$ 1.229,60

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	495.028/23-3	495.028/23-3
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 276,67	R\$ 261,24
19 - 23	R\$ 350,52	R\$ 329,76
24 - 28	R\$ 379,82	R\$ 356,95
29 - 33	R\$ 407,96	R\$ 383,06
34 - 38	R\$ 421,55	R\$ 395,67
39 - 43	R\$ 493,21	R\$ 462,16
44 - 48	R\$ 706,42	R\$ 659,99
49 - 53	R\$ 968,22	R\$ 902,90
54 - 58	R\$ 1.151,62	R\$ 1.073,05
59 ou mais	R\$ 1.656,24	R\$ 1.541,28

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP SUPERIOR LONDRINA	
Registro ANS	495.028/23-3	495.028/23-3
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 249,17	R\$ 233,74
19 - 23	R\$ 315,69	R\$ 294,92
24 - 28	R\$ 342,07	R\$ 319,20
29 - 33	R\$ 367,42	R\$ 342,52
34 - 38	R\$ 379,67	R\$ 353,78
39 - 43	R\$ 444,21	R\$ 413,15
44 - 48	R\$ 636,25	R\$ 589,80
49 - 53	R\$ 872,04	R\$ 806,70
54 - 58	R\$ 1.037,22	R\$ 958,63
59 ou mais	R\$ 1.491,70	R\$ 1.376,72

*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal deverá estar discriminado na proposta de adesão. HUMANA ODONTO 5 ESSENCIAL - Reg ANS: 493.510/22-1 - R\$ 4,53 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP PREMIUM NACIONAL LPR	
Registro ANS	495.026/23-7	495.026/23-7
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 435,46	R\$ 420,03
19 - 23	R\$ 551,70	R\$ 530,93
24 - 28	R\$ 597,81	R\$ 574,94
29 - 33	R\$ 642,11	R\$ 617,21
34 - 38	R\$ 663,51	R\$ 637,61
39 - 43	R\$ 776,31	R\$ 745,23
44 - 48	R\$ 1.111,89	R\$ 1.065,43
49 - 53	R\$ 1.523,95	R\$ 1.458,60
54 - 58	R\$ 1.812,61	R\$ 1.734,00
59 ou mais	R\$ 2.606,87	R\$ 2.491,85

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP PREMIUM NACIONAL LPR	
Registro ANS	495.026/23-7	495.026/23-7
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Enfermaria	Enfermaria
0 - 18	R\$ 390,94	R\$ 375,51
19 - 23	R\$ 495,31	R\$ 474,52
24 - 28	R\$ 536,70	R\$ 513,81
29 - 33	R\$ 576,47	R\$ 551,55
34 - 38	R\$ 595,68	R\$ 569,77
39 - 43	R\$ 696,95	R\$ 665,86
44 - 48	R\$ 998,22	R\$ 951,75
49 - 53	R\$ 1.368,16	R\$ 1.302,79
54 - 58	R\$ 1.627,32	R\$ 1.548,68
59 ou mais	R\$ 2.340,39	R\$ 2.225,33

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

Faixa Etária	CP PREMIUM NACIONAL LPR	
Registro ANS	495.024/23-1	495.024/23-1
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 485,32	R\$ 469,89
19 - 23	R\$ 614,87	R\$ 594,09
24 - 28	R\$ 666,26	R\$ 643,38
29 - 33	R\$ 715,62	R\$ 690,72
34 - 38	R\$ 739,46	R\$ 713,57
39 - 43	R\$ 865,18	R\$ 834,11
44 - 48	R\$ 1.239,18	R\$ 1.192,74
49 - 53	R\$ 1.698,43	R\$ 1.633,09
54 - 58	R\$ 2.020,13	R\$ 1.941,54
59 ou mais	R\$ 2.905,32	R\$ 2.790,34

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

Faixa Etária	CP PREMIUM NACIONAL LPR	
Registro ANS	495.024/23-1	495.024/23-1
Tabela	Tabela Médica	Combo: Médica + Odonto
Acomodaç	Apartamento	Apartamento
0 - 18	R\$ 435,46	R\$ 420,03
19 - 23	R\$ 551,70	R\$ 530,93
24 - 28	R\$ 597,81	R\$ 574,94
29 - 33	R\$ 642,11	R\$ 617,21
34 - 38	R\$ 663,51	R\$ 637,61
39 - 43	R\$ 776,31	R\$ 745,23
44 - 48	R\$ 1.111,89	R\$ 1.065,43
49 - 53	R\$ 1.523,95	R\$ 1.458,60
54 - 58	R\$ 1.812,61	R\$ 1.734,00
59 ou mais	R\$ 2.606,87	R\$ 2.491,85

*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\$ 4,53 - Somente Urgência/Emergência (cobertura detalhada no contrato do produto).



Área de Abrangência

Grupo de Municípios

SUPERIOR

Cambé/PR, Campo Mourão/PR,
Cianorte/PR, Colorado/PR,
Ibiporã/PR, Londrina/PR,
Mandaguari/PR, Mandaguaçu/PR,
Marialva/PR, Maringá/PR, Nova
Esperança/PR, Paiçandu/PR,
Paranavaí/PR, Sarandi/PR.

PREMIUM NACIONAL

Todo o território brasileiro.



Vigências

Vigência	Vencimento
Dia 01	Vencimento do boleto todo dia 10
Dia 10	Vencimento do boleto todo dia 10
Dia 20	Vencimento do boleto todo dia 20





Procedimentos	IDEAL - SUPERIOR - PREMIUM NACIONAL	
	BÁSICA/CPB	COMPLETA/CP
	COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Médicas em Consultórios	40%	40%
Consulta em Pronto Atendimento	40%	40%
Exames e Procedimentos Simples	ISENTO	30% com limitador de R\$ 26,50
Exames e Procedimentos Especiais	ISENTO	30% com limitador de R\$ 74,20
Terapias Grupo 1	ISENTO	30% com limitador de R\$ 56,00
Terapias Grupo 2	ISENTO	ISENTO
Terapias Grupo 3	40% com limitador de R\$ 159,00	40% com limitador de R\$ 159,00
Internações*	ISENTO	ISENTO

*Exceto para o produto ambulatorial.

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



Plano de Saúde

Serviços/ Procedimentos	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 1.0M	PRC 3.0M	PRC 6.0M	PRC 6.0M
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO
CONSULTAS ELETIVA	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES (Exames de Análises Clínicas, comuns de Sangue - hemograma, Sódio, Potássio, etc; Exames comuns de Urina)	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	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	180 dias	120 dias	60 dias	ZERO
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
TERAPIAS GRUPO 2 (Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias)	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
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
Procedimentos internação 1	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias
Procedimentos internação 2	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Procedimentos internação 3 / Partos a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

Cobertura Parcial Temporária

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Na hipótese de verificação de Doenças ou Lesões Pré-existentes será aplicada Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo período ininterrupto de 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, com a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões. preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.



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.

Plano Odontológico

O plano odontológico abarca exclusivamente a cobertura odontológica de urgência e emergência prevista no Rol de Procedimentos e Eventos Odontológicos editado pela ANS, a saber:

- a. consulta inicial;
- b. curativo em caso de hemorragia bucal;
- c. curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- d. imobilização dentária temporária;
- e. recimentação de peça protética;
- f. tratamento de alveolite;
- g. colagem de fragmentos;
- h. incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- i. incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- j. reimplante de dente avulsionado;
- k. orientação de higiene bucal;
- l. evidenciação de placa bacteriana;
- m. aplicação tópica de flúor.

Caso seja de interesse do beneficiário a realização de atendimento odontológicos não elencados na cobertura acima mencionada, a sua realização poderá ocorrer mediante o pagamento dos valores disciplinados na tabela divulgada pela Humana Saúde, portal <https://www.humana.saude.com.br/>, e que serão posteriormente cobrados na mensalidades de seus plano odontológico.





Regras para Inclusão de Dependentes

- O(a) cônjuge, o(a) companheiro, em União estável, sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial;
- O(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável;
- O(s) filho(s), o(s) enteado(s) e tutelados até 58 anos;
- O(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s);
- O(s) neto(s) até 58 anos;
- O(s) sobrinho(s) até 58 anos;
- O(s) irmão(s) até 58 anos.



Reajuste

Mês base de reajuste anual: Março.

• Independente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo de plano de saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
- II) reajuste por mudança de faixa etária;
- III) reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.

• A aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária, independentemente das situações previstas.





Central de Atendimento: 0800 591 4636
www.unicorbeneficios.com.br