



TABELA DE PREÇOS
ENTIDADE ESTUDANTIL - LONDRINA

Recebimento de propostas

20 dias antecedente a vigência
20 dias antecedente a vigência
20 dias antecedente a vigência

Vigência

Dia 01
Dia 10
Dia 20

Vencimento fatura CORPe Saúde

Dia 01
Dia 10
Dia 20

Atenção! Os prazos para a entrega de propostas serão previamente informados.

CP SUPERIOR LONDRINA - COPARTICIPAÇÃO COMPLETA (CP)

Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

ENFERMARIA

APARTAMENTO

Sem Odonto

Com Odonto

Sem Odonto

Com Odonto

Plano	Cp Superior Londrina Com Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Com Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Com Obs Qp Ca	Cp Superior Londrina Com Obs Qp Ca	
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	
Código ANS	495.030/23-5	495.030/23-5	495.028/23-3	495.028/23-3	
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	
Faixa Etária	00-18	R\$ 218,89	R\$ 219,38	R\$ 244,68	R\$ 245,19
	19-23	R\$ 277,34	R\$ 276,77	R\$ 310,02	R\$ 309,45
	24-28	R\$ 300,51	R\$ 299,51	R\$ 335,95	R\$ 334,94
	29-33	R\$ 322,78	R\$ 321,38	R\$ 360,83	R\$ 359,43
	34-38	R\$ 333,54	R\$ 331,93	R\$ 372,84	R\$ 371,24
	39-43	R\$ 390,23	R\$ 387,59	R\$ 436,21	R\$ 433,59
	44-48	R\$ 558,93	R\$ 553,21	R\$ 624,81	R\$ 619,07
	49-53	R\$ 766,07	R\$ 756,54	R\$ 856,35	R\$ 846,83
	54-58	R\$ 911,15	R\$ 898,96	R\$ 1.018,54	R\$ 1.006,35
	59/ +	R\$ 1.310,44	R\$ 1.290,91	R\$ 1.464,88	R\$ 1.445,35

Obs.: COM ODONTO: 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.

Obs.: SEM ODONTO: 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.

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

CP SUPERIOR LONDRINA - COPARTICIPAÇÃO BÁSICA (CPB)

Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

ENFERMARIA

APARTAMENTO

Sem Odonto

Com Odonto

Sem Odonto

Com Odonto

Plano	Cp Superior Londrina Com Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Com Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Com Obs Qp Ca	Cp Superior Londrina Com Obs Qp Ca	
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	
Código ANS	495.030/23-5	495.030/23-5	495.028/23-3	495.028/23-3	
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	
Faixa Etária	00-18	R\$ 244,68	R\$ 245,19	R\$ 273,55	R\$ 274,07
	19-23	R\$ 310,02	R\$ 309,45	R\$ 346,60	R\$ 346,03
	24-28	R\$ 335,92	R\$ 334,93	R\$ 375,57	R\$ 374,59
	29-33	R\$ 360,82	R\$ 359,43	R\$ 403,40	R\$ 402,01
	34-38	R\$ 372,84	R\$ 371,24	R\$ 416,83	R\$ 415,24
	39-43	R\$ 436,23	R\$ 433,59	R\$ 487,70	R\$ 485,06
	44-48	R\$ 624,81	R\$ 619,07	R\$ 698,53	R\$ 692,80
	49-53	R\$ 856,35	R\$ 846,83	R\$ 957,39	R\$ 947,87
	54-58	R\$ 1.018,54	R\$ 1.006,35	R\$ 1.138,73	R\$ 1.126,53
	59/ +	R\$ 1.464,88	R\$ 1.445,37	R\$ 1.637,72	R\$ 1.618,20

Obs.: COM ODONTO: 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.

Obs.: SEM ODONTO: 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.

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

CP SUPERIOR LONDRINA - COPARTICIPAÇÃO COMPLETA (CP)

Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

ENFERMARIA

APARTAMENTO

Sem Odonto

Com Odonto

Sem Odonto

Com Odonto

Plano	Cp Superior Londrina Sem Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Sem Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Sem Obs Qp Ca	Cp Superior Londrina Sem Obs Qp Ca	
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	
Código ANS	496.589/23-2	496.589/23-2	496.591/23-4	496.591/23-4	
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	
Faixa Etária	00-18	R\$ 201,40	R\$ 201,47	R\$ 225,03	R\$ 225,11
	19-23	R\$ 255,16	R\$ 254,05	R\$ 285,10	R\$ 283,99
	24-28	R\$ 276,50	R\$ 274,92	R\$ 308,94	R\$ 307,36
	29-33	R\$ 296,99	R\$ 294,96	R\$ 331,84	R\$ 329,81
	34-38	R\$ 306,88	R\$ 304,63	R\$ 342,88	R\$ 340,64
	39-43	R\$ 359,05	R\$ 355,65	R\$ 401,17	R\$ 397,77
	44-48	R\$ 514,27	R\$ 507,44	R\$ 574,62	R\$ 567,78
	49-53	R\$ 704,86	R\$ 693,84	R\$ 787,54	R\$ 776,52
	54-58	R\$ 838,36	R\$ 824,38	R\$ 936,71	R\$ 922,75
	59/ +	R\$ 1.205,73	R\$ 1.183,64	R\$ 1.347,18	R\$ 1.325,09

Obs.: COM ODONTO: 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.

Obs.: SEM ODONTO: 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.

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: março/2027

CP SUPERIOR LONDRINA - COPARTICIPAÇÃO COMPLETA BÁSICA (CPB)

Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

ENFERMARIA

APARTAMENTO

Sem Odonto

Com Odonto

Sem Odonto

Com Odonto

Plano	Cp Superior Londrina Sem Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Sem Obs Qc Ca	Cp Superior Londrina Sem Obs Qp Ca	Cp Superior Londrina Sem Obs Qp Ca	
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	
Código ANS	496.589/23-2	496.589/23-2	496.591/23-4	496.591/23-4	
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	
Faixa Etária	00-18	R\$ 225,05	R\$ 225,13	R\$ 251,51	R\$ 251,58
	19-23	R\$ 285,13	R\$ 284,02	R\$ 318,66	R\$ 317,55
	24-28	R\$ 308,97	R\$ 307,37	R\$ 345,30	R\$ 343,72
	29-33	R\$ 331,85	R\$ 329,83	R\$ 370,89	R\$ 368,85
	34-38	R\$ 342,91	R\$ 340,66	R\$ 383,24	R\$ 380,98
	39-43	R\$ 401,20	R\$ 397,80	R\$ 448,39	R\$ 444,98
	44-48	R\$ 574,64	R\$ 567,81	R\$ 642,23	R\$ 635,40
	49-53	R\$ 787,61	R\$ 776,59	R\$ 880,23	R\$ 869,20
	54-58	R\$ 936,79	R\$ 922,82	R\$ 1.046,96	R\$ 1.032,97
	59/ +	R\$ 1.347,29	R\$ 1.325,21	R\$ 1.505,73	R\$ 1.483,64

Obs.: COM ODONTO: 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.

Obs.: SEM ODONTO: 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.

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: março/2027

CP PREMIUM NACIONAL - COPARTICIPAÇÃO COMPLETA (CP)

Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

ENFERMARIA

APARTAMENTO

Sem Odonto

Com Odonto

Sem Odonto

Com Odonto

Plano	Cp Premium Nacional		Cp Premium Nacional		
	Lpr	Com obs Qc Ca	Lpr	Com obs Qp Ca	
Acomodação	Enfermaria		Apartamento		
Código ANS	495.026/23-7		495.024/23-1		
Abrangência	Nacional		Nacional		
Faixa Etária	00-18	R\$ 394,88	R\$ 394,06	R\$ 441,62	R\$ 440,79
	19-23	R\$ 500,33	R\$ 498,07	R\$ 559,55	R\$ 557,29
	24-28	R\$ 542,16	R\$ 539,31	R\$ 606,34	R\$ 603,50
	29-33	R\$ 582,33	R\$ 578,94	R\$ 651,25	R\$ 647,89
	34-38	R\$ 601,71	R\$ 598,07	R\$ 672,94	R\$ 669,32
	39-43	R\$ 704,01	R\$ 698,99	R\$ 787,35	R\$ 782,32
	44-48	R\$ 1.008,36	R\$ 999,21	R\$ 1.127,71	R\$ 1.118,57
	49-53	R\$ 1.382,05	R\$ 1.367,83	R\$ 1.545,65	R\$ 1.531,43
	54-58	R\$ 1.643,82	R\$ 1.626,06	R\$ 1.838,39	R\$ 1.820,63
	59/ +	R\$ 2.364,14	R\$ 2.336,60	R\$ 2.643,98	R\$ 2.616,46

Obs.: **COM ODONTO**: 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.

Obs.: **SEM ODONTO**: 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.

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: março/2027

CP PREMIUM NACIONAL - COPARTICIPAÇÃO BÁSICA (CPB)

Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

ENFERMARIA

APARTAMENTO

Sem Odonto

Com Odonto

Sem Odonto

Com Odonto

Plano	Cp Premium Nacional		Cp Premium Nacional		
	Lpr	Com obs Qc Ca	Lpr	Com obs Qp Ca	
Acomodação	Enfermaria		Apartamento		
Código ANS	495.026/23-7		495.024/23-1		
Abrangência	Nacional		Nacional		
Faixa Etária	00-18	R\$ 441,62	R\$ 440,79	R\$ 493,98	R\$ 493,14
	19-23	R\$ 559,55	R\$ 557,29	R\$ 625,89	R\$ 623,62
	24-28	R\$ 606,33	R\$ 603,49	R\$ 678,22	R\$ 675,38
	29-33	R\$ 651,25	R\$ 647,89	R\$ 728,46	R\$ 725,09
	34-38	R\$ 672,93	R\$ 669,31	R\$ 752,73	R\$ 749,09
	39-43	R\$ 787,35	R\$ 782,32	R\$ 880,68	R\$ 875,65
	44-48	R\$ 1.127,71	R\$ 1.118,57	R\$ 1.261,41	R\$ 1.252,25
	49-53	R\$ 1.545,65	R\$ 1.531,44	R\$ 1.728,87	R\$ 1.714,65
	54-58	R\$ 1.838,40	R\$ 1.820,64	R\$ 2.056,34	R\$ 2.038,55
	59/ +	R\$ 2.643,99	R\$ 2.616,46	R\$ 2.957,42	R\$ 2.929,88

Obs.: **COM ODONTO**: 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.

Obs.: **SEM ODONTO**: 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.

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: março/2027

Titular | Documentos Necessários

Cópias: RG + CPF + Comprovante de endereço + Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Responsável Financeiro

Somente poderão ser responsáveis legais do titular menor de 18 anos: Pai, mãe, tutor ou guardião, comprovado documentalmente. **Documentos:** Cópias: RG + CPF

Dependentes / Quem pode aderir?	Documentos Necessários
O(a) cônjuge, o(a) companheiro, em União estável, sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de Casamento, havendo união estável na forma da lei.
O(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Declaração de União estável reconhecida no cartório.
O(s) filho(s), o(s) enteado(s) e tutelados até 58 anos;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS) . Enteados: sendo o Titular, Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório.
O(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s),	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial Documentação provisória deve estar dentro da validade.
O(s) neto(s) até 58 anos;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular.
O(s) sobrinho(s) até 58 anos;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do beneficiário, onde conste a mesma filiação do titular, comprovando que o sobrinho é filho de irmão do titular.
O(s) irmão(s) até 58 anos;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove os pais em comum com o titular.

Dependentes categoria estudantil para menores de 17 anos 11 meses e 29 dias.

Irmãos menores de 18 anos e pais de até 58 anos incompletos.

Documentos Necessários

Cópias: RG + CPF | Em caso de ambos Pai e Mãe aderirem o plano: Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório | Irmão: Com o aval legal do responsável.

Área de Atuação

CP SUPERIOR LONDRINA COM OBS QP CA
 CP SUPERIOR LONDRINA COM OBS QC CA
 CP SUPERIOR LONDRINA SEM OBS QP CA
 CP SUPERIOR LONDRINA SEM OBS QC CA

Cambé, Campo Mourão, Cianorte, Colorado, Ibiporã, Mandaguaiçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Nova Esperança, Paiçandu, Paranavaí, Sarandi e Londrina

Tabela de Coparticipação

Superior

GRUPO	PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO I CP= COMPLETA	COPARTICIPAÇÃO II CPB = BASICA
1	Consulta Eletiva	40%	40%
2	Consultas de P.S/P.A	40%	40%
3	Exames/procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 25,00	ISENTO
4	Exames/procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 70,00	ISENTO
5	Terapias Grupo 1	30% com limitador de R\$ 50,00	ISENTO
6	Terapias Grupo 2	ISENTO	ISENTO
7	Terapias Grupo 3	40% com limitador de R\$ 150,00	40% com limitador de R\$ 150,00
8	Internação	ISENTO	ISENTO

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

Documento de Elegibilidade para Titulares Ativos


Entidade	Podem aderir	Taxa associativa	Documentos necessários
	Estudantes do ensino fundamental, médio, graduação e pós-graduação do ensino superior do Brasil, devidamente comprovado (a partir de 8 anos de idade completos).	R\$ 8,00	Comprovante de escolaridade atual + declaração escolar em papel timbrado contendo CNPJ e carimbo da instituição de ensino + cópia da carteirinha ou ficha associativa devidamente assinada.

Tabela de Redução de Carências

Grupo	Procedimentos	Exemplos	Carências Máximas - Contrato	PRC 1.0 M	PRC 3.0 M	PRC 6.0 M	PRC 12.0 M	PRC 1004.0 M
1	Consulta Eletiva	Consultas Médicas e não Médicas em Consultórios.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
2	Urgência e Emergência	Consultas de Urgência/Emergência em Hospitais ou Pronto Socorro incluindo os acidentes pessoais.	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO	ZERO
3	Exames/ Procedimentos Simples	Exames de Análises Clínicas comuns de Sangue (Hemograma, Sódio, Potássio, etc); Exames comuns de Urina.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
4	Exames/ Procedimentos Especiais	Endoscopia Digestiva Alta; Ressonância Magnética; PET CT; Cintilografia; EcoDoppler; Ecocardiograma, Punções guiadas por agulha para retirada de corpo estranho; Gastronomia Endoscópica; Ecoendoscopia ou Ultrassonografia Endoscópica.	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	ZERO	ZERO
5	Terapias Grupo 1	Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidade de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias
6	Terapias Grupo 2	Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	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	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
8	Procedimentos Internação 1	Internações gerais	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias	30 dias
9	Procedimentos Internação 2	Transplantes; Cirurgias Bariátrica; Internações Psiquiátricas; Cirurgias com utilização de Órteses e ou Próteses ligadas ao ato cirúrgico.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente é aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Regras para Reduções de Carências

REDUÇÃO DE CARÊNCIA PROMOCIONAL PRC 1004.0 M - Carência zero para consultas eletivas, urgência e emergência, exames e procedimentos simples, exames e procedimentos especiais, de acordo com o PRC 1004.0 M

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.

Isenção de Coparticipação na Humana Clínica: 1 - Consultas eletivas e exames simples na rede própria durante a vigência do contrato, para os planos Ideal, Superior Maringá e Premium Nacional.

Válido para propostas assinadas: 01/12/2025 a 31/01/2026. **VÁLIDO SOMENTE PARA NOVOS CLIENTES.

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.

Documentações Obrigatórias para Reduções de Carências

Carta de permanência emitida pela operadora/administradora/corretora de origem nos últimos 60 (sessenta) dias ou últimos três boletos pagos + carteirinha do beneficiário.

Resumo de Hospitais e Centros Médicos

A Rede Credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS.
Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site www.humanasaudesul.com.br

HOSPITAIS

IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

Rua Espírito Santo, 523
Centro - Londrina PR
Telefones: (43) 3374-2500

HOSPITAL ARAUCARIA

Endereço: R Bento Munhoz da Rocha Neto, 2485
Cidade/UF: Londrina
Telefone(s): (43) 3371-2500

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

Endereço: Avenida Adhemar Pereira de Barros, 1199-10
Bela Suíça - Londrina - PR
Telefone: (43) 3305-8200

HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA

Endereço: Av. Bento Munhoz Da Rocha Neto, 2485
Jardim Do Lago - Londrina/PR - 86050435
Telefone: (43) 33712542


HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - UNIDADE BELA SUIÇA

Endereço: Av. Adhemar Pereira De Barros, 1199
Bela Suíça - Londrina/PR - 86050190
Telefone: (43) 33058200

ATENDIMENTO
100% Digital



 11 94478 3838

 11 4349 4200 (Opção 5) / 0800 940 0453 (Opção 5)

 apoioaocorretor@corpesaude.com.br

 www.corpesaude.com.br

Baixe o nosso app



IOS



ANDROID

