

ANS - nº 34818-0

 **humana**  
SAÚDE  
SUL



**COLETIVO  
EMPRESARIAL**

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

RIO GRANDE DO SUL

Vigência 01/02 a 30/06/2024

OLHOS  
FEZ  
POR

UM PLANO DE SAÚDE COM

# CENTRO MÉDICO

PRÓPRIO

TUDO EM UM SÓ LOCAL



## PLANTÃO ADULTO E INFANTIL

ATENDIMENTO 7 DIAS POR SEMANA

### PARA USO EXCLUSIVO DOS NOSSOS BENEFICIÁRIOS

**+ de 750**  
prestadores  
credenciados  
Caxias do Sul e região



- Hospital do Círculo
- Hospital Pompéia
- Hospital Saúde
- Hospital Virvi Ramos

 **humana**  
S A Ú D E  
S U L

Rede credenciada poderá sofrer alteração a qualquer momento,  
consulte rede atualizada no site [www.humanasaudesul.com.br](http://www.humanasaudesul.com.br)

ANS - nº 34818-0

**AMBULATORIAL****COLETIVO EMPRESARIAL****ANS - nº 34818 0****AMBULATORIAL CAXIAS**

ANS: 497.385/23-2

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 ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia. Humana Odonto S. Essencial M/CE (493.51 1/22-0) -R\$ 3.53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP DA HUMANA SAÚDE SUL

FAIXA ETÁRIA	COPARTICIPAÇÃO COMPLETA		COPARTICIPAÇÃO BÁSICA	
	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
00 - 18	R\$ 73,11	R\$ 68,11	R\$ 80,86	R\$ 75,86
19 - 23	R\$ 73,11	R\$ 68,11	R\$ 80,86	R\$ 75,86
24 - 28	R\$ 73,11	R\$ 68,11	R\$ 80,86	R\$ 75,86
29 - 33	R\$ 73,11	R\$ 68,11	R\$ 80,86	R\$ 75,86
34 - 38	R\$ 73,11	R\$ 68,11	R\$ 80,86	R\$ 75,86
39 - 43	R\$ 73,11	R\$ 68,11	R\$ 80,86	R\$ 75,86
44 - 48	R\$ 178,98	R\$ 161,63	R\$ 197,96	R\$ 180,61
49 - 53	R\$ 178,98	R\$ 161,63	R\$ 197,96	R\$ 180,61
54 - 58	R\$ 178,98	R\$ 161,63	R\$ 197,96	R\$ 180,61
59 ou mais	R\$ 438,15	R\$ 390,57	R\$ 484,60	R\$ 437,01

**COPARTICIPAÇÃO COMPLETA**

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 40,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 40,00
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	25% com limite de R\$20,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	25% com limite de R\$140,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	25% com limite de R\$ 40,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 120,00
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	R\$ 40,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 40,00
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\$ 120,00
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**Coparticipação:** Completa | Básica**Abrangência:** Municipal**Nível:** 0





Linha  
**VITAL**

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0



**humana**  
SAÚDE  
SUL

**CP VITAL CAXIAS**  
**COPARTICIPAÇÃO COMPLETA**

**ENFERMARIA (QC)**

ANS: 495.041/23-1

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 497.387/23-9

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 88,53	R\$ 83,53	R\$ 108,53
19 - 23	R\$ 93,85	R\$ 88,34	R\$ 115,05	R\$ 109,54
24 - 28	R\$ 103,24	R\$ 96,82	R\$ 126,56	R\$ 120,14
29 - 33	R\$ 116,67	R\$ 108,96	R\$ 143,02	R\$ 135,31
34 - 38	R\$ 134,17	R\$ 124,77	R\$ 164,48	R\$ 155,08
39 - 43	R\$ 167,71	R\$ 155,08	R\$ 205,60	R\$ 192,97
44 - 48	R\$ 216,33	R\$ 199,01	R\$ 265,20	R\$ 247,88
49 - 53	R\$ 289,90	R\$ 265,50	R\$ 355,39	R\$ 330,99
54 - 58	R\$ 391,36	R\$ 357,19	R\$ 479,78	R\$ 445,60
59 ou mais	R\$ 528,34	R\$ 480,97	R\$ 647,70	R\$ 600,32

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 40,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 40,00
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	25% com limite de R\$20,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	25% com limite de R\$ 140,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	25% com limite de R\$ 40,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% com limite de R\$ 120,00
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

**Coparticipação:** Completa

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs

**Abrangência:** Municipal

**Nível:** 01

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP DA HUMANA SAÚDE SUL

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 ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia: Humana Odonto S Essencial M/CE (493.511/22-0) -R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)



Linha  
**VITAL**

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0



**humana**  
SAÚDE  
SUL

CPB **VITAL CAXIAS**  
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

**ENFERMARIA (QC)**

ANS: 497.386/23-1

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 497.387/23-9

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 98,13	R\$ 93,13	R\$ 120,53
19 - 23	R\$ 104,03	R\$ 98,51	R\$ 127,77	R\$ 122,26
24 - 28	R\$ 114,43	R\$ 108,01	R\$ 140,55	R\$ 134,13
29 - 33	R\$ 129,32	R\$ 121,61	R\$ 158,84	R\$ 151,13
34 - 38	R\$ 148,72	R\$ 139,32	R\$ 182,66	R\$ 173,27
39 - 43	R\$ 185,89	R\$ 173,27	R\$ 228,33	R\$ 215,70
44 - 48	R\$ 239,79	R\$ 222,47	R\$ 294,52	R\$ 277,21
49 - 53	R\$ 321,34	R\$ 296,93	R\$ 394,69	R\$ 370,28
54 - 58	R\$ 433,80	R\$ 399,62	R\$ 532,83	R\$ 498,65
59 ou mais	R\$ 585,63	R\$ 538,26	R\$ 719,32	R\$ 671,94

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP DA HUMANA SAÚDE SUL

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 40,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 40,00
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\$ 120,00
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

**Coparticipação:** Básica

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs

**Abrangência:** Municipal

**Nível:** 01

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 ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia: Humana Odonto S Essencial M/CE (493.511/22-0) -R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)



Linha  
**IDEAL**

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0



**humana**  
SAÚDE  
SUL

CP IDEAL CAXIAS  
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

**ENFERMARIA (QC)**

ANS: 497.382/23-8

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 497.390/23-9

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 113,53	R\$ 108,53	R\$ 139,78
19 - 23	R\$ 120,35	R\$ 114,84	R\$ 148,18	R\$ 142,67
24 - 28	R\$ 132,39	R\$ 125,97	R\$ 163,00	R\$ 156,58
29 - 33	R\$ 149,61	R\$ 141,90	R\$ 184,21	R\$ 176,49
34 - 38	R\$ 172,05	R\$ 162,66	R\$ 211,84	R\$ 202,44
39 - 43	R\$ 215,07	R\$ 202,44	R\$ 264,79	R\$ 252,17
44 - 48	R\$ 277,42	R\$ 260,10	R\$ 341,56	R\$ 324,25
49 - 53	R\$ 371,76	R\$ 347,36	R\$ 457,72	R\$ 433,32
54 - 58	R\$ 501,88	R\$ 467,70	R\$ 617,93	R\$ 583,75
59 ou mais	R\$ 677,54	R\$ 630,16	R\$ 834,20	R\$ 786,82

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP DA HUMANA SAÚDE SUL

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 45,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 45,00
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$25,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$150,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 50,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Completa

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs

**Abrangência:** Grupo de Municípios

**Nível:** 02

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 ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia: Humana Odonto S Essencial M/CE (493.511/22-0) -R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)



Linha  
**IDEAL**

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0

CPB **IDEAL CAXIAS**  
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA



**ENFERMARIA (QC)**

ANS: 497.382/23-8

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 497.390/23-9

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 126,13	R\$ 121,13	R\$ 155,53
19 - 23	R\$ 133,71	R\$ 128,20	R\$ 164,88	R\$ 159,36
24 - 28	R\$ 147,08	R\$ 140,66	R\$ 181,37	R\$ 174,95
29 - 33	R\$ 166,22	R\$ 158,51	R\$ 204,96	R\$ 197,25
34 - 38	R\$ 191,15	R\$ 181,75	R\$ 235,70	R\$ 226,31
39 - 43	R\$ 238,94	R\$ 226,31	R\$ 294,63	R\$ 282,00
44 - 48	R\$ 308,20	R\$ 290,89	R\$ 380,04	R\$ 362,73
49 - 53	R\$ 413,02	R\$ 388,62	R\$ 509,30	R\$ 484,90
54 - 58	R\$ 557,58	R\$ 523,40	R\$ 687,55	R\$ 653,37
59 ou mais	R\$ 752,74	R\$ 705,36	R\$ 928,19	R\$ 880,82

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP DA HUMANA SAÚDE SUL

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 45,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 45,00
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\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Básica

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs

**Abrangência:** Grupo de Municípios

**Nível:** 02

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 ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia: Humana Odonto S Essencial M/CE (493.511/22-0) -R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CP SUPERIOR RS  
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

COM  
OBSTETRÍCIA

**ENFERMARIA (QC)**

ANS: 497.389/23-5

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 497.395/23-0

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 157,19	R\$ 152,19	R\$ 194,36
19 - 23	R\$ 166,64	R\$ 161,12	R\$ 206,04	R\$ 200,52
24 - 28	R\$ 183,30	R\$ 176,88	R\$ 226,64	R\$ 220,22
29 - 33	R\$ 207,15	R\$ 199,44	R\$ 256,13	R\$ 248,41
34 - 38	R\$ 238,22	R\$ 228,82	R\$ 294,54	R\$ 285,15
39 - 43	R\$ 297,78	R\$ 285,15	R\$ 368,18	R\$ 355,55
44 - 48	R\$ 384,10	R\$ 366,79	R\$ 474,92	R\$ 457,60
49 - 53	R\$ 514,73	R\$ 490,33	R\$ 636,43	R\$ 612,03
54 - 58	R\$ 694,89	R\$ 660,71	R\$ 859,19	R\$ 825,01
59 ou mais	R\$ 938,10	R\$ 890,73	R\$ 1.159,90	R\$ 1.112,52

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 45,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 45,00
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$25,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$150,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 50,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Completa

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs

**Abrangência:** Grupo de Municípios

**Nível:** 03



CPB SUPERIOR RS  
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

COM  
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA (QC)

ANS: 497.389/23-5

APARTAMENTO (QP)

ANS: 497.395/23-0

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 175,03	R\$ 170,03	R\$ 216,65
19 - 23	R\$ 185,55	R\$ 180,04	R\$ 229,67	R\$ 224,16
24 - 28	R\$ 204,10	R\$ 197,69	R\$ 252,64	R\$ 246,23
29 - 33	R\$ 230,66	R\$ 222,95	R\$ 285,51	R\$ 277,80
34 - 38	R\$ 265,26	R\$ 255,86	R\$ 328,34	R\$ 318,94
39 - 43	R\$ 331,57	R\$ 318,94	R\$ 410,42	R\$ 397,79
44 - 48	R\$ 427,69	R\$ 410,38	R\$ 529,40	R\$ 512,09
49 - 53	R\$ 573,15	R\$ 548,75	R\$ 709,45	R\$ 685,05
54 - 58	R\$ 773,75	R\$ 739,57	R\$ 957,76	R\$ 923,58
59 ou mais	R\$ 1.044,57	R\$ 997,19	R\$ 1.292,98	R\$ 1.245,60

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 45,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 45,00
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\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Básica

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp

**Abrangência:** Grupo de Municípios

**Nível:** 03

CP SUPERIOR RS  
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA

SEM  
OBSTETRÍCIA

ENFERMARIA (QC)

ANS: 497.400/23-0

APARTAMENTO (QP)

ANS: 497.401/23-8

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 134,89	R\$ 129,89	R\$ 166,48
19 - 23	R\$ 143,00	R\$ 137,49	R\$ 176,49	R\$ 170,97
24 - 28	R\$ 157,30	R\$ 150,88	R\$ 194,14	R\$ 187,72
29 - 33	R\$ 177,76	R\$ 170,05	R\$ 219,39	R\$ 211,68
34 - 38	R\$ 204,43	R\$ 195,03	R\$ 252,30	R\$ 242,90
39 - 43	R\$ 255,53	R\$ 242,90	R\$ 315,38	R\$ 302,75
44 - 48	R\$ 329,61	R\$ 312,30	R\$ 406,80	R\$ 389,49
49 - 53	R\$ 441,71	R\$ 417,31	R\$ 545,16	R\$ 520,76
54 - 58	R\$ 596,31	R\$ 562,13	R\$ 735,96	R\$ 701,79
59 ou mais	R\$ 805,02	R\$ 757,65	R\$ 993,55	R\$ 946,17

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 45,00
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 45,00
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$ 25,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$ 150,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 50,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Completa

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp

**Sem OBS**

**Abrangência:** Grupo de Municípios

**Nível:** 03

CPB SUPERIOR RS  
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA

SEM  
OBSTETRÍCIA

**ENFERMARIA (QC)**

ANS:497.400/23-0

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 497.401/23-8

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 150,05	R\$ 145,05	R\$ 185,44
19 - 23	R\$ 159,07	R\$ 153,56	R\$ 196,58	R\$ 191,07
24 - 28	R\$ 174,98	R\$ 168,56	R\$ 216,24	R\$ 209,82
29 - 33	R\$ 197,74	R\$ 190,03	R\$ 244,37	R\$ 236,66
34 - 38	R\$ 227,41	R\$ 218,01	R\$ 281,03	R\$ 271,63
39 - 43	R\$ 284,26	R\$ 271,63	R\$ 351,28	R\$ 338,65
44 - 48	R\$ 366,66	R\$ 349,35	R\$ 453,12	R\$ 435,81
49 - 53	R\$ 491,37	R\$ 466,96	R\$ 607,23	R\$ 582,82
54 - 58	R\$ 663,35	R\$ 629,17	R\$ 819,75	R\$ 785,58
59 ou mais	R\$ 895,52	R\$ 848,14	R\$ 1.106,67	R\$ 1.059,29

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 45,00
2	CONSULTA EM HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 45,00
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\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Básica

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp

**Sem OBS**

**Abrangência:** Grupo de Municípios

**Nível:** 03



Linha  
**PREMIUM**  
Nacional

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0



**humana**  
SAÚDE  
SUL

CP PREMIUM NACIONAL  
COPARTICIPAÇÃO COMPLETA



**ENFERMARIA (QC)**

ANS: 495.027/23-5

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 495.025/23-9

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 231,86	R\$ 226,86	R\$ 287,69
19 - 23	R\$ 293,77	R\$ 286,49	R\$ 364,51	R\$ 357,23
24 - 28	R\$ 318,33	R\$ 310,14	R\$ 394,98	R\$ 386,80
29 - 33	R\$ 341,91	R\$ 332,86	R\$ 424,25	R\$ 415,20
34 - 38	R\$ 353,30	R\$ 343,83	R\$ 438,37	R\$ 428,91
39 - 43	R\$ 413,36	R\$ 401,68	R\$ 512,90	R\$ 501,22
44 - 48	R\$ 592,06	R\$ 573,80	R\$ 734,62	R\$ 716,37
49 - 53	R\$ 811,47	R\$ 785,15	R\$ 1.006,88	R\$ 980,55
54 - 58	R\$ 965,16	R\$ 933,19	R\$ 1.197,58	R\$ 1.165,60
59 ou mais	R\$ 1.388,10	R\$ 1.340,56	R\$ 1.722,36	R\$ 1.674,82

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 60,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 60,00
3	EXAMES/PROCEDIMENTOS SIMPLES	30% com limite de R\$25,00
4	EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	30% com limite de R\$ 150,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% com limite de R\$ 50,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	40% com limite de R\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Completa

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs

**Abrangência:** Nacional

**Nível:** 04

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP DA HUMANA SAÚDE SUL

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 ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia: Humana Odonto S Essencial M/CE (493.511/22-0) -R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)





Linha  
**PREMIUM**  
Nacional

COLETIVO EMPRESARIAL

ANS - nº 34818-0



**humana**  
SAÚDE  
SUL

CPB PREMIUM NACIONAL  
COPARTICIPAÇÃO BÁSICA



**ENFERMARIA (QC)**

ANS: 495.027/23-5

**APARTAMENTO (QP)**

ANS: 495.025/23-9

FAIXA ETÁRIA	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL	TABELA MÉDICA	COMBO ESSENCIAL* MÉDICO + ODONTO ESSENCIAL
	00 - 18	R\$ 258,66	R\$ 253,66	R\$ 321,19
19 - 23	R\$ 327,72	R\$ 320,44	R\$ 406,95	R\$ 399,67
24 - 28	R\$ 355,12	R\$ 346,94	R\$ 440,97	R\$ 432,79
29 - 33	R\$ 381,43	R\$ 372,38	R\$ 473,65	R\$ 464,60
34 - 38	R\$ 394,14	R\$ 384,67	R\$ 489,42	R\$ 479,95
39 - 43	R\$ 461,14	R\$ 449,46	R\$ 572,62	R\$ 560,94
44 - 48	R\$ 660,49	R\$ 642,24	R\$ 820,17	R\$ 801,91
49 - 53	R\$ 905,27	R\$ 878,94	R\$ 1.124,12	R\$ 1.097,79
54 - 58	R\$ 1.076,72	R\$ 1.044,74	R\$ 1.337,03	R\$ 1.305,05
59 ou mais	R\$ 1.548,54	R\$ 1.501,01	R\$ 1.922,91	R\$ 1.875,37

GRUPO	PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 60,00
2	CONSULTA DE HOSPITAL (PRONTO SOCORRO)	R\$ 60,00
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\$ 150,00
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

**Coparticipação:** Básica

**Segmentação:** Ambulatorial + Hosp + Obs

**Abrangência:** Nacional

**Nível:** 04

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 ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia ou Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia - Humana Odonto S Essencial M/CE (493.511/22-0) -R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato)

CONSULTE A REDE ATUALIZADA NO SITE OU PELO APP DA HUMANA SAÚDE SUL

# Humana **Odonto** Essencial

## **Cobertura**

Urgência e Emergência  
(São as cláusulas contratadas  
que definem os direitos dos  
beneficiários).

## **Área de abrangência**

Abrangência é qualificada como grupo de estados

## **Rede credenciada**

Consultar rede credenciada atualizada no site ou aplicativo

**URGÊNCIA 24H**



# Níveis

UNIDADE	CIDADE	NÍVEL			
		01	02	03	04
Humana Caxias	Caxias do Sul	x	x	x	x
CSM - Centro especializado em saúde mental	Caxias do Sul	x	x	x	x
Hospital do Círculo	Caxias do Sul	x	x	x	x
Hospital Geral	Caxias do Sul	x	x	x	x
Hospital Pompéia	Caxias do Sul	x	x	x	x
Hospital Virvi Ramos	Caxias do Sul		x	x	x
Hospital Beneficente São Carlos	Farroupilha		x	x	x
Hospital Beneficente Nossa Senhora de Fátima	Flores da Cunha		x	x	x
Hospital Nova Petrópolis	Nova Petrópolis		x	x	x
Hospital Beneficente São João Bosco	São Marcos		x	x	x
Hospital Nossa Senhora da Oliveira	Vacaria		x	x	x
Hospital São José	Antônio Prado		x	x	x
Hospital Arcanjo São Miguel	Gramado		x	x	x
Hospital São Pedro Canísio	Bom Princípio		x	x	x
Fundação Hospitalar São José	Cambara do Sul		x	x	x
Hospital Municipal Schlatter	Feliz		x	x	x
Hospital Sagrada Família	São Sebastião		x	x	x
Hospital Saúde	Caxias do sul			x	x
Hospital Ernesto Dorneles	Porto Alegre			x	x
Hospital Bruno Born	Lajeado			x	x
Hospital Nossa Senhora das Graças	Canoas			x	x
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre			x	x
Hospital Divina Providência	Porto Alegre			x	x
Hospital São Lucas	Porto Alegre			x	x
Irmandade Santa Casa	Porto Alegre			x	x
Sanatório São José	Porto Alegre			x	x
Hospital Baía Sul	Florianópolis				x
Imperial Hospital de Caridade	Florianópolis				x
Unidade Imperial Hospital de Caridade	Florianópolis				x
Instituto de Cardiologia - Hospital Viamão	Viamão				x

# 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 e Radioterapias
07	Terapias Grupo 3	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição, Crioterapias, Hidroterapias e Métodos Especiais
08	Internações	Gerais



Baixe nosso **APP**



# humana

S A Ú D E

**S U L**

Novo layout e mais  
serviços ao seu dispor

ANS - nº 34818-0



Boletos



Busca de rede  
de atendimento



Telemedicina



Autorização de  
procedimentos



Carteirinha  
virtual



Agendamento  
de consultas



Disponível no  
**Google Play**



Disponível na  
**App Store**

MAIS DO QUE  
**DIGITAIS**

SOMOS  
**humana**  
S A Ú D E  
S U L

Investimos na tecnologia dos  
nossos serviços para você ter  
mais tempo com o que realmente  
importa.



Confira alguns serviços disponíveis em nossos canais digitais e central de atendimento 24h

- Segunda via de boleto
- Carteirinha
- Rede Credenciada
- Autorizações
- Agendamentos
- Alteração cadastral
- Reembolso
- Cancelamentos
- Declarações de IR

Baixe ou atualize o App  
**Humana Saúde Sul**



 App Store

 DISPONÍVEL NO  
Google Play



**0800 600 0055**





Sua família merece esse **cuidado**





[www.humanasaudesul.com](http://www.humanasaudesul.com)