



ANS - nº 348180

PORTFÓLIO DE VENDAS

Coletivo por Adesão

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO



Versão de 08/09/2026

ANS - nº 42.099-9

ENTIDADES

Quem pode aderir?

ASSEMES

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E
FEDERAIS DO BRASIL

Servidores públicos
municipais, estaduais e
federais (ativos e
aposentados)

Contra cheque.
Valor taxa associativa:
R\$12,00 mensal.

CASDOM

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DAS
EMPREGADAS DOMÉSTICAS E
DIARISTAS

Empregadas domésticas,
diárias, babás e
cuidadores

Contra cheque ou carteira
de trabalho que
comprova vínculo.
Valor taxa associativa:
R\$12,00 mensal.

CAPLA

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS
PROFISSIONAIS LIBERAIS E
AUTÔNOMOS

Todo beneficiário com
curso superior, técnico
ou tecnólogo

Diploma do curso superior
ou declaração de conclusão
do curso.
Valor taxa associativa:
R\$12,00 mensal.

CAVA

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS
VENDEDORES AUTÔNOMOS

Beneficiários
autônomos

- Carteira Profissional ou Registro de Vendedor Ambulante: Documento emitido pela prefeitura que regula a atividade.
- Certidão de Regularidade no Cadastro Municipal: Comprovante de inscrição e regularidade junto ao cadastro de vendedores ambulantes do município de atuação.
- Alvará de Licença ou Autorização Municipal: Licença ou autorização para o exercício da atividade de vendedor ambulante, emitida pelo órgão municipal competente.
- PIS/PASEP/NIT
- Valor taxa associativa: R\$12,00 mensal.

TABELA DE PREÇOS

ENTIDADES: ASSEMES, CASDOM, CAPLA e CAVA



IDEAL SJRP COMPLETO (AMB + HOSP + OBS)

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	ANS: 505.332/25-3	ANS: 505.328/25-5
Até 18 anos	R\$ 130,93	R\$ 181,67
De 19 a 23	R\$ 130,93	R\$ 181,67
De 24 a 28	R\$ 160,10	R\$ 222,49
De 29 a 33	R\$ 178,82	R\$ 248,70
De 34 a 38	R\$ 194,54	R\$ 270,70
De 39 a 43	R\$ 230,72	R\$ 321,35
De 44 a 48	R\$ 298,69	R\$ 416,52
De 49 a 53	R\$ 390,02	R\$ 544,37
De 54 a 58	R\$ 513,49	R\$ 717,23
59 ou mais	R\$ 681,60	R\$ 952,58



IDEAL SJRP BÁSICO (AMB + HOSP + OBS)

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	ANS: 505.332/25-3	ANS: 505.328/25-5
Até 18 anos	R\$ 162,12	R\$ 225,31
De 19 a 23	R\$ 162,12	R\$ 225,31
De 24 a 28	R\$ 198,46	R\$ 276,17
De 29 a 33	R\$ 221,77	R\$ 308,82
De 34 a 38	R\$ 241,35	R\$ 336,23
De 39 a 43	R\$ 286,43	R\$ 399,33
De 44 a 48	R\$ 371,10	R\$ 517,90
De 49 a 53	R\$ 484,88	R\$ 677,17
De 54 a 58	R\$ 638,70	R\$ 892,53
59 ou mais	R\$ 848,13	R\$ 1.185,74

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

IDEAL

PROCEDIMENTOS	BÁSICA/CPB	COMPLETA/CP
	COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas (fora da rede)	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
Consultas Eletivas (própria e credenciada)	30% com limitador de R\$ 30,00	30% com limitador de R\$ 30,00
Consultas em Hospital (Pronto Socorro)	30% com limitador de R\$ 40,00	30% com limitador de R\$ 40,00
Exames e Procedimentos Simples	ISENTO	30% com limitador de R\$ 25,00
Exames e Procedimentos Especiais	ISENTO	30% com limitador de R\$ 70,00
Terapias Grupo 1	ISENTO	30% com limitador de R\$ 50,00
Terapias Grupo 2	ISENTO	ISENTO
Terapias Grupo 3	40% com limitador de R\$ 90,00	40% com limitador de R\$ 90,00
Internações	ISENTO	ISENTO

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- RG e CPF ou CNH do titular
- Comprovante de endereço
- Comprovante de filiação conforme grau de parentesco

ELEGIBILIDADE

Titulares:

O Titular poderá ser o próprio CONTRATANTE ou quem ele indicar. Não sendo o CONTRATANTE o Titular, o CONTRATANTE será o único responsável pelas obrigações contratuais previstas nesse instrumento.

Dependentes:

- o(a) cônjuge, o(a) companheiro;
- o(s) filho(s), o(s) enteado(s) 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.

ABRANGÊNCIA, VIGÊNCIA E REAJUSTE

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

GRUPO DE
MUNICÍPIOS

IDEAL

SP - Fernandópolis, Jales, José Bonifácio, Mendonça, Mirassol, Monte Aprazível, Nhandeara, Novo Horizonte, Olímpia, Orindiúva, Potirendaba, Sales, Santa Fé do Sul, São José do Rio Preto, Tanabi, Votuporanga.

PR - Maringá.

VIGÊNCIA

Vigência	Vencimento
Dia 01	Vencimento do boleto todo dia 05
Dia 10	Vencimento do boleto todo dia 10
Dia 20	Vencimento do boleto todo dia 20

REAJUSTE

Data base de reajuste da tabela: Junho de 2027

CARÊNCIAS

CARÊNCIAS

Serviços / Procedimentos	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 1.0M	PRC 3.0M	PRC 6.0M	PRC 12.0M
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO
CONSULTAS ELETIVAS	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 sofrendor, 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.

CARÊNCIAS E ODONTO

APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

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.

REDE CREDENCIADA

REDE CREDENCIADA

Para mais informações acesse a rede credenciada atualizada no site da Humana Saúde pelo link ou pelo qr code abaixo.

<https://www.humana.saude.com.br/sudeste/rede-de-atendimento/rede-medica/>



MAIS DO QUE DIGITAIS SOMOS humana SAÚDE

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**





 4020-0098

 @qualisaudeadm

 qualisaudeadm.com.br