

SOLICITANTE

Nome	CPF
------	-----

CORRETOR

Nome	CPF
Telefone	Concessionária
	Data do Orçamento

AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ESTADUAL COM COPARTICIPAÇÃO
NACIONAL SEM COPARTICIPAÇÃO

Faixa Etária	Qtd.	UniPart Básico QC	UniPart Básico QP	UniPart Especial	Alfa 2	Beta 2	Delta 2
		474.213/15-3	474.212/15-5	474.211/15-7	467.667/12-0	467.669/12-6	467.671/12-8
		Quarto Coletivo	Quarto Individual	Quarto Individual	Quarto Coletivo	Quarto Individual	Quarto Individual
		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
00-18							
19-23							
24-28							
29-33							
34-38							
39-43							
44-48							
49-53							
54-58							
59+							

Dental exclusivo ANS nº 466.719/12-1	<input type="checkbox"/> Unimed Dental R\$ 35,00 por beneficiário	<input type="checkbox"/> Unimed Dental 2 R\$ 40,00 por beneficiário	Valor Total Geral (R\$)
Opcionais	<input type="checkbox"/> SOS Unimed: R\$ 15,00 por beneficiário	<input type="checkbox"/> Transporte Aeromédico: R\$ 10,00 por beneficiário	

Coparticipação é o valor pago pelo beneficiário à Operadora após cada utilização, prevista em contrato.

- Consulta Eletiva: R\$ 25,00
- Consulta em Pronto Atendimento ou Pronto Socorro: R\$ 45,00
- Fisioterapia, Fonoaudiologia ou Psicoterapia: R\$ 10,00 por sessão
- Exame ou Procedimento Básico: R\$ 5,00
- Exame ou Procedimento Especial: R\$ 40,00

A taxa de implantação é de R\$ 15,00 (por titular) e cobramos somente no ato da contratação. A cobrança das demais mensalidades não contempla esse valor.

ATENÇÃO

1. O valor apresentado acima é apenas uma simulação e não gera obrigações entre as partes. Se eventualmente aceito o presente orçamento pelo solicitante, de forma expressa, este ou seu responsável deverá comparecer ao endereço informado para realizar uma entrevista médica qualificada, devidamente munido deste formulário de orçamento e dos documentos indispensáveis, sinalizados abaixo.

DOCUMENTAÇÃO: Cópia dos documentos de identificação com foto de todos os beneficiários (RG ou CNH/CTPS/Passaporte e CPF); documentos comprovando permanência em plano anterior, se houver; e comprovante de residência emitido pelos Correios.

2. Com o preenchimento do presente orçamento, o solicitante estará devidamente cientificado que este formulário não possui efeito legal para qualquer atendimento médico em nome da Operadora Unimed-Rio, em um de seus estabelecimentos credenciados ou por intermédio de seus cooperados, seja em âmbito ambulatorial ou hospitalar, ou, ainda, em caráter de urgência ou emergência.

3. O uso indevido deste orçamento para obtenção de atendimento em nome da Operadora Unimed-Rio, sem que haja a efetiva contratação do serviço pelos trâmites regulares desta cooperativa, acarretará a responsabilização dos envolvidos e a devida reparação por eventuais danos ocasionados à Unimed-Rio, sem prejuízo da não assunção das despesas por parte desta Operadora.

4. Em caso de plano familiar, deverão comparecer ao endereço abaixo, na data e horário agendados, todos que desejam aderir ao contrato, sejam titulares ou dependentes.

TELEFONE PARA AGENDAMENTO: (21) 3806-2488 DATA E HORÁRIO AGENDADOS: _____

ENDEREÇO: _____