



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	Personal 2	Alfa 2	Beta 2	Delta 2	Ômega Plus
		474.213/15-3	474.212/15-5	474.211/15-7	467.655/12-3	467.667/12-0	467.669/12-6	467.671/12-8	467.700/12-5
		Quarto Coletivo	Quarto Individual	Quarto Individual	Quarto Coletivo	Quarto Coletivo	Quarto Individual	Quarto Individual	Quarto Individual
		R\$	R\$	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 Unimed Dental
R\$ 35,00 por beneficiário Unimed Dental 2
R\$ 40,00 por beneficiárioValor Total
Geral (R\$)

Opcionais

 SOS Unimed:
R\$ 15,00 por beneficiário 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:

Orçamento com preços e condições válidas somente até a data agendada para a entrevista médica qualificada.

ANS - Nº 39.332-1