



V. FORMA DE INGRESSO E VALORES

☐ Empresarial Compulsório ☐ Empresarial Voluntário

SEM COPARTICIPAÇÃO													COM COPARTICIPAÇÃO												
AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA																									
Faixa Etária	ABRANGÊNCIA GRUPO DE MUNICÍPIOS						ABRANGÊNCIA NACIONAL						ABRANGÊNCIA ESTADUAL												
	ALFA 2 REGIONAL ANS 475.672/16-0			BETA 2 REGIONAL ANS 475.671/16-1			DELTA 2 ANS 467.687/12-4			ÔMEGA PLUS ANS 467.662/12-9			UNIPART BÁSICO QC ANS 474.210/15-9				UNIPART BÁSICO QP ANS 474.215/15-0				UNIPART ESPECIAL ANS 474.214/15-1				
	Quarto Coletivo			Quarto Individual			Quarto Individual			Quarto Individual			Quarto Coletivo				Quarto Individual				Quarto Individual				
	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)				
00 18																									
19 23																									
24 28																									
29 33																									
34 38																									
39 43																									
44 48																									
49 53																									
54 58																									
59 ou mais																									
	OS EMPREGADOS DA CONTRATANTE CONTRIBUEM DE FORMA:																								
	☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial		☐ Integral ☐ Parcial				
	☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem		☐ Não contribuem				

Subtotal (R\$)	Total Opcionais (R\$)	Taxa de Implantação		Total Geral (R\$)
		Qtd.	Valor Unit.	

_____, ____ de _____ de _____.

Representante Legal 1 Representante Legal 2 Representante Legal 3