VALORES CONTRATADOS – R$

Faixa Etária	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia																	
	Com Coparticipação																	
	UniPart Singular			UniPart Personal 2			UniPart Alfa 2			UniPart Beta 2			UniPart Delta 2			UniPart Ômega Plus		
	ANS 480.415/18-5			ANS 468.250/12-5			ANS 468.245/12-9			ANS 468.252/12-1			ANS 468.251/12-3			ANS 468.246/12-7		
	Qtd.	R$	Total (R$)	Qtd.	R$	Total (R$)	Qtd.	R$	Total (R$)	Qtd.	R$	Total (R$)	Qtd.	R$	Total (R$)	Qtd.	R$	Total (R$)
Até 18																		
19-23																		
24-28																		
29-33																		
34-38																		
39-43																		
44-48																		
49-53																		
54-58																		
≥ 59																		
	OS EMPREGADOS DA CONTRATANTE CONTRIBUEM DE FORMA:																	
	☐ Integral ☐ Parcial ☐ Não contribuem			☐ Integral ☐ Parcial ☐ Não contribuem			☐ Integral ☐ Parcial ☐ Não contribuem			☐ Integral ☐ Parcial ☐ Não contribuem			☐ Integral ☐ Parcial ☐ Não contribuem			☐ Integral ☐ Parcial ☐ Não contribuem		

TABELA INDICATIVA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

Consulta Eletiva	Consulta em PA ou PS	Exame Básico	Exame Especial	Terapias	Internação

Valor Limite por Exame (VLE)

Preencher quando houver cobrança de coparticipação em percentual

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

_____, ____ de _____ de _____.

Representante Legal 1 | Representante Legal 2 | Representante Legal 3