

## FRANQUIAS

| Descrição do evento/procedimento                                                                                                                                          | Valor por evento/sessão       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Consulta médica eletiva, de urgência ou emergência                                                                                                                        | R\$ 55,50                     |
| Consultas de psicologia, psicoterapia de crise e acupuntura                                                                                                               | R\$ 55,50                     |
| Consultas com nutricionista, terapia ocupacional e fonoaudiologia                                                                                                         | R\$ 36,50                     |
| Reabilitações (fisioterapias)                                                                                                                                             | R\$ 7,40                      |
| Exames até 200 CHs (hemograma, E.Q.U., glicose, colesterol, RX dos seios da face, RX de coluna, ecografia transvaginal, ecografia de mamas etc.)                          | R\$ 7,40                      |
| Exames de 201 a 500 CHs (ecografia morfológica, ecografia do aparelho urinário, teste ergométrico, endoscopia digestiva alta, teste do pezinho, cintilografia óssea etc.) | R\$ 47,00                     |
| Exames acima de 500 CHs (exames de genética, colonoscopia, tilt test, polissonografia etc.)                                                                               | R\$ 175,00                    |
| Exames complexos (tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas e PET-CT)                                                                                         | R\$ 240,00                    |
| Terapias especiais (hemodiálise e procedimentos dialíticos, quimioterapia e radioterapia)                                                                                 | Isento                        |
| Ambulatório simples, sem anestesia (tala gessada, sutura, cantoplastia, observação em pronto-socorro, entre outros)                                                       | Isento                        |
| Ambulatório especial, com anestesia (colecistectomia, curetagem uterina, laparoscopia ginecológica, entre outros)                                                         | Isento                        |
| Órteses e próteses (materiais com cobertura somente na realização de cirurgias)                                                                                           | Isento                        |
| Internação clínica, cirúrgica ou obstétrica                                                                                                                               | Isento                        |
| Internação psiquiátrica ou por dependência química                                                                                                                        | Verificar cláusula contratual |

### IMPORTANTE:

- Os valores aqui dispostos, são os vigentes no mês de acesso ao presente resumo, e irão sofrer reajustes conforme previsão contratual: novembro
- A relação de exames e procedimentos e sua respectiva quantidade de CHs, para fins de análise da incidência das franquias, estará disponível no site da Unimed Serra Gaúcha, como também, nos demais canais de atendimento.
- As coberturas do plano serão aquelas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde conforme a segmentação assistencial contratada, vigente à época do evento.
- As carências e demais regras de acesso estão dispostas no contrato/regulamento do plano.
- O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do Guia Médico para o plano contratado.

**1 Fator moderador franquia:** a franquia é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao médico cooperado/credenciado ou ao prestador da rede credenciada/referenciada, no ato da utilização do serviço. Caso o plano possua área geográfica de abrangência nacional ou estadual, a cobrança dos atendimentos realizados fora da área de atuação da Unimed Serra Gaúcha ocorrerá em fatura posterior ao atendimento.

**2** Caso o produto possua serviços adicionais, sua descrição completa estará disposto no contrato/regulamento do plano contratado.

**3** Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário:

**Grupo de Municípios:** abrangendo nesses casos a área de atuação da Unimed Serra Gaúcha que engloba os seguintes municípios: Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha, Garibaldi, Monte Belo do Sul, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Roma do Sul, Picada Café, Santa Tereza, São Marcos e Pinto Bandeira.

## ▼ Início do Plano e Cumprimento de Carências:

Inscrições até o dia 15\*: Início do plano e cumprimento de carências no dia 01 do mês seguinte.

Inscrições após o dia 15\*: Início do plano e cumprimento de carências no dia 01 do mês subsequente.

\*Data de corte

Taxa adm. R\$ 44,79 | Taxa de inscrição R\$ 34,64 | SOS Emergência R\$ 9,46

TABELA DE VALORES - UNIPART REGIONAL 31- COLETIVO

| FAIXA ETÁRIA  | VALOR        |
|---------------|--------------|
| Até 18 anos   | R\$ 264,68   |
| De 19 a 23    | R\$ 275,66   |
| De 24 a 28    | R\$ 297,65   |
| De 29 a 33    | R\$ 330,64   |
| De 34 a 38    | R\$ 374,61   |
| De 39 a 43    | R\$ 462,56   |
| De 44 a 48    | R\$ 601,09   |
| De 49 a 53    | R\$ 794,59   |
| De 54 a 58    | R\$ 1.058,44 |
| De 59 ou mais | R\$ 1.361,88 |

Reajuste em Dezembro / reajuste franquias Setembro

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**Carência:** prazo para poder utilizar cada procedimento, contado desde a data de vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário.

**CHs:** índice utilizado pela Associação Médica Brasileira (AMB) definindo o valor de cada exame ou procedimento.

**Franquia:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada/referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

**Eletivo (a):** procedimentos médicos programados previamente que não são considerados urgência e emergência.

**Consultas com outros profissionais de saúde:** segue diretrizes da ANS para utilização.

- Cobertura de exames e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do atendimento.

\* Valor sujeito a reajuste anual, conforme cláusula do contrato.

\*\* Caso o beneficiário, por qualquer meio, venha exigir a cobertura de OPME's com marcas comerciais e/ou fornecedores, indicados pelo seu médico assistente, após o cumprimento integral do rito de regulação, a Unimed cobrará a diferença entre os valores da marca e fornecedores por ela indicados, que atendam a especificação necessária à execução do procedimento e àqueles exigidos pelo beneficiário ou pelo médico assistente.