



**INFORME DE PRODUTOS BENEVIX**

# **UNIMED NORTE**

VERSÃO - 18/06/2025

**Unimed**   
Norte Capixaba

**Benevix**  
Sua administradora de benefícios.

## TABELA DE PREÇOS (R\$)

UNIMED NORTE CAPIXABA - COLETIVO POR ADESÃO				
	UNIMED VIDA MAX 50%		UNIMED VIDA MAX 20%	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	466.253/12-9	466.252/12-1	466.253/12-9	466.252/12-1
CÓDIGO NA OPERADORA	9829000001	9828000001	9826000001	9827000001
FAIXA ETÁRIA				
00 a 18	R\$ 303,74	R\$ 408,91	R\$ 381,95	R\$ 514,3
19 a 23	R\$ 359,09	R\$ 483,52	R\$ 451,78	R\$ 608,19
24 a 28	R\$ 421,98	R\$ 568,08	R\$ 530,76	R\$ 714,42
29 a 33	R\$ 493,99	R\$ 665,09	R\$ 621,53	R\$ 836,55
34 a 38	R\$ 586,17	R\$ 789,19	R\$ 737,33	R\$ 992,59
39 a 43	R\$ 701,21	R\$ 944,21	R\$ 882,05	R\$ 1.187,64
44 a 48	R\$ 834,34	R\$ 1.123,28	R\$ 1.049,44	R\$ 1.412,85
49 a 53	R\$ 988,45	R\$ 1.330,87	R\$ 1.243,32	R\$ 1.673,91
54 a 58	R\$ 1.192,51	R\$ 1.605,54	R\$ 1.499,94	R\$ 2.019,45
Acima de 59	R\$ 1.563,78	R\$ 2.105,26	R\$ 1.966,88	R\$ 2.648,15
FRANQUIA	<b>R\$ 233,09</b>	<b>R\$ 233,09</b>	<b>R\$ 233,09</b>	<b>R\$ 233,09</b>
S.O.S.	<b>R\$ 10,69</b>	<b>R\$ 10,69</b>	<b>R\$ 10,69</b>	<b>R\$ 10,69</b>
HOME CARE	<b>R\$ 29,99</b>	<b>R\$ 29,99</b>	<b>R\$ 29,99</b>	<b>R\$ 29,99</b>
PRÓXIMO REAJUSTE	JULHO/2026			

## SISTEMÁTICA DE COPARTICIPAÇÕES

### EXEMPLOS DE COPARTICIPAÇÃO

\*Coparticipação sobre consultas, exames e procedimentos (pronto-socorro, clínicas, consultórios médicos e Laboratórios) excluindo-se os custos decorrentes de Internação Hospitalar.

Nr. Item	Descrição dos Procedimentos	Tabela de Pag.	Participação	
			20%	50%
10101012	CONSULTA ELETIVA	R\$ 122,00	R\$ 24,40	R\$ 61,00
10101039	EM PRONTO SOCORRO	R\$ 105,00	R\$ 21,0	R\$ 52,50
40101010	ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVAÇÕES	R\$ 30,00	R\$ 6,00	R\$ 15,00
40101045	TESTE ERGOMÉTRICO CONVENCIONAL - 3 OU MAIS DERIVAÇÕES	R\$ 110,00	R\$ 22,00	R\$ 55,00
40601137	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPATOLOGIA CÉRVICO	R\$ 35,00	R\$ 7,00	R\$ 17,50
40301605	COLESTEROL TOTAL, DOSAGEM	R\$ 7,00	R\$ 1,40	R\$ 3,50
40305228	CURVA GLICÉMICA ( 6 DOSAGENS)	R\$ 180,00	R\$ 36,00	R\$ 90,00
40303110	PARASITOLÓGICO NAS FEZES	R\$ 10,00	R\$ 2,00	R\$ 5,00
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRAÇÕES	R\$ 15,00	R\$ 5,00	R\$ 7,50
40316548	TIROXINA (T4), DOSAGEM	R\$ 32,50	R\$ 6,50	R\$ 16,25
40316556	TRIIODOTIRONINA (T3), DOSAGEM	R\$ 32,50	R\$ 6,50	R\$ 16,25
40801039	RX CRANIO - 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 43,09	R\$ 8,61	R\$ 21,54
40801063	RX SEIOS DA FACE	R\$ 38,01	R\$ 7,60	R\$ 19,05
40802027	RX COLUNA CERVICAL - 5 INCIDÊNCIAS	R\$ 41,69	R\$ 8,33	R\$ 20,84
40802035	RX COULNA DORSAL - 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 39,66	R\$ 7,93	R\$ 19,83
40805018	RX TORAX - 1 INCIDÊNCIA	R\$ 25,99	R\$ 5,19	R\$ 12,99
40808033	MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	R\$ 124,52	R\$ 24,90	R\$ 62,26
40808122	DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 155,00	R\$ 31,00	R\$ 77,50
40901130	USG ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, VESÍCULA	R\$ 121,06	R\$ 24,21	R\$ 60,53

40901122	USG ABDOME TOTAL (INCLUI PELVE)	R\$ 182,24	R\$ 36,44	R\$ 91,12
40901238	USG OBSTÉTRICA	R\$ 73,69	R\$ 14,73	R\$ 36,84
40901300	USG PÉLVICA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$ 103,69	R\$ 20,73	R\$ 51,84
41001010	TOMOGRAFIA COMP. CRÂNIO SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	R\$ 397,77	Franquia	Franquia
41101014	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO (ENCÉFALO)	R\$ 991,26	Franquia	Franquia
30101484	EXÉRESE DE UNHA	R\$ 98,40	R\$ 19,68	R\$ 49,20

Os valores acima referidos, são meramente exemplificativos, válidos para atendimentos a partir do início do contrato estando sujeito a alteração sem prévia comunicação, conforme necessidade de operadora ou regulamentações dos órgãos competentes.

\*\* Franquia de coparticipação para todos (Titular + Dependentes)

\*\*\* R\$ 233,09 (Duzentos e trinta e três reais e nove centavos)

## ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Linhares, São Mateus, Nova Venécia, Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, Sooretama e Vila Pavão.

## ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

**Unimed Vida Max:** Estadual

## PRODUTOS / ATENDIMENTO

### Unimed Vida Max

Os serviços serão prestados pela Unimed Norte Capixaba através de seus médicos cooperados e de rede própria ou por ela credenciada no estado do Espírito Santo. Opções de acomodação em enfermaria e quarto privativo.

## CARÊNCIAS

EVENTO	CARÊNCIA
Urgência e emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Análises clínicas, anatomo-patológicos e citológicos, raio x, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
Fisioterapias	90 dias
Parto a termo	300 dias
Consultas com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Demais coberturas	180 dias

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESÃO

**Cópias simples**

### TITULAR

- a) RG
- b) CPF (comprovante de situação cadastral atualizado)
- c) Vínculo associativo
- d) Cartão Nacional de Saúde
- e) **Comprovante de residência atualizado em nome do titular ou responsável legal:**
  - Conta de energia elétrica, água, gás, condomínio ou TV a cabo.
  - Documentos válidos até **60 (sessenta)** dias em relação à data de vencimento.

**Declaração de aluguel:**

- Documento assinado por locador e locatário, com **firmas reconhecidas em cartório**, acompanhado de comprovante de residência em nome do locador.
- A declaração terá validade de **até 60 (sessenta)** dias a partir da data de assinatura.

**CÔNJUGE**

- a) Certidão de casamento
- b) CPF (comprovante de situação cadastral atualizado).
- c) Cartão Nacional de Saúde

**COMPANHEIRO**

- a) Declaração de União Estável (feita em cartório, com duas testemunhas) ou Escritura Pública Declaratória de União Estável.

**FILHOS SOLTEIROS OU ENTEADOS (ATÉ 18 ANOS INCOMPLETOS OU ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS ATÉ 24 ANOS INCOMPLETOS)**

- a) Certidão de Nascimento para menores de 18 anos
- b) RG para maiores de 18 anos
- c) Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- d) Comprovante de escolaridade - somente para universitários

**TUTELADOS OU MENORES SOB GUARDA JUDICIAL:**

- a) CPF obrigatório para maiores de 18 anos (comprovante de situação cadastral atualizado)
- b) Cartão nacional de saúde
- c) Termo de Guarda ou Adoção (provisório ou definitivo)
- d) Termo de Tutela (para o menor tutelado)

**FILHOS (AS) SOLTEIROS (AS) INVÁLIDOS (AS) COM DEPENDÊNCIA ECONÔMICA (IR)**

- a) Certidão de nascimento ou RG
- b) CPF (comprovante de situação cadastral atualizado)
- c) Cartão Nacional de Saúde
- d) Certidão de invalidez emitida pelo INSS

**ENTEADO (A), MENOR SOB GUARDA OU TUTELADOS (AS) COM ATÉ 24 ANOS INCOMPLETOS**

- a) Certidão de nascimento ou RG
- b) CPF (comprovante de situação cadastral atualizado)
- c) Cartão Nacional de Saúde
- d) Certidão de casamento

*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que ele (a) seja solteiro (a), podendo ser solicitada documentação complementar.*

**Atenção:** A Administradora de Benefícios/Estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, afim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

**DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

Inclusões e alterações cadastrais entregues até da 15, terão vigência a partir do dia 1º do mês subsequente. Inclusões cadastrais entregues até o dia 30, terão vigência no dia 15 do mês subsequente. A exclusão deverá ser realizada pelo titular através do telefone 0800 606 7272, via site em área restrita ([www.benevix.com.br](http://www.benevix.com.br)) ou presencialmente na operadora ou administradora.

# Benevix

Sua administradora de benefícios.

 (27) 99953.6441  
*Benê - Atendente Virtual*

**ANS - N.º 41.771-8**

**ANS - N.º 37.177-7**