



COBERTURAS E CARÊNCIAS



CARÊNCIA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS CONTRATO	PRC 1.0 M	PRC 3.0 M	PRC 6.0 M	PRC 12.0 M
1	Consulta Eletiva	Consultas Médicas e não Médicas em Consultórios.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
2	Urgência e Emergência	Consultas de Urgência/Emergência em Hospitais ou Pronto Socorro incluindo os acidentes pessoais.	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO
3	Exames e Procedimentos Simples	Exames de Análises Clínicas comuns de Sangue (hemograma, Sódio, Potássio, etc); Exames comuns de Urina.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
4	Exames e Procedimentos Especiais	Endoscopia Digestiva Alta; Ressonância Magnética; PET CT; Cintilografia; EcoDoppler; Ecocardiograma; Punções guiadas por agulha para retirada de corpo estranho; Gastrostomia Endoscópica; Ecoendoscopia ou Ultrassonografia Endoscópica.	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	ZERO
5	Terapias (Grupo1)	Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias
6	Terapias (Grupo2)	Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
7	Terapias (Grupo3)	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição e também os Métodos Especiais.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
8	Procedimentos Internação 1	Internações Gerais	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias
9	Procedimentos Internação 2	Transplantes; Cirurgia Bariátrica; Internações Psiquiátricas; Cirurgias com utilização de Órteses e ou Próteses ligadas ao ato cirúrgico.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

COPARTICIPAÇÃO

GRUPO	PROCEDIMENTOS	TODOS OS PRODUTOS
1	Consulta Eletiva	R\$ 25,00
2	Consulta em Hospital (PS)	R\$ 35,00
3	Exames/Procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 40,00
4	Exames/Procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 100,00
5	Terapias (Grupo1)	30% com limitador de R\$ 50,00
6	Terapias (Grupo2)	Isento
7	Terapias (Grupo3)	40% com limitador de R\$ 150,00
8	Internação	Isento

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.

O LIMITADOR DO GRUPO É POR PROCEDIMENTO.

EXEMPLOS DE COPARTICIPAÇÃO

CÓDIGO TUSS	GRUPO	PROCEDIMENTO	CUSTO MÉDIO	VALOR MÉDIO PAGO PELO BENEFICIÁRIO
40301150	3	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 3,04	R\$ 0,91
40301281	3	AMILASE	R\$ 4,11	R\$ 1,23
40310060	3	BACTERIOSCOPIA	R\$ 4,21	R\$ 1,26
40305759	3	BHCG	R\$ 19,80	R\$ 5,94
40301400	3	CÁLCIO	R\$ 3,14	R\$ 0,94
40601137	3	CITOPATOLÓGICO (PREVENÇÃO)	R\$ 19,73	R\$ 5,92
40301583	3	COLESTEROL HDL	R\$ 6,41	R\$ 1,92
40301591	3	COLESTEROL LDL	R\$ 1,83	R\$ 0,55
40301605	3	COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,99	R\$ 0,90
40302695	3	COLESTEROL VLDL	R\$ 1,05	R\$ 0,31
40201082	4	COLONOSCOPIA	R\$ 423,70	R\$ 100,00
40301630	3	CREATININA	R\$ 3,34	R\$ 1,00
40310124	3	CULTURA GERAL	R\$ 15,41	R\$ 4,62
40808130	4	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 338,80	R\$ 100,00
20103182	5	DESVIOS POSTURAIIS DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 17,80	R\$ 5,34
40901106	4	ECOCARDIOGRAMA C/ DOPPLER	R\$ 185,29	R\$ 55,59
40101010	3	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 21,63	R\$ 6,49
23990010	4	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 18,17	R\$ 5,45
40301842	3	FERRO SÉRICO	R\$ 3,97	R\$ 1,19
40302040	3	GLICOSE	R\$ 3,07	R\$ 0,92
40304299	3	GRUPO SANGUÍNEO	R\$ 3,71	R\$ 1,11
40304361	3	HEMOGRAMA	R\$ 7,31	R\$ 2,19
40808033	3	MAMOGRAFIA*	R\$ 77,36	R\$ 23,21
40303110	3	PARASITOLÓGICOS DE FEZES	R\$ 4,41	R\$ 1,32
20103476	5	PATOLOGIA NEUROLÓGICA COM DEPENDÊNCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	R\$ 54,34	R\$ 16,30
41101014	4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 540,11	R\$ 100,00
20103689	5	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	R\$ 20,90	R\$ 6,27
40311210	3	ROTINA DE URINA	R\$ 4,79	R\$ 1,44
40802051	3	RX COLUNA LOMBO-SACRA*	R\$ 32,41	R\$ 9,72
40801063	3	RX SEIOS DA FACE*	R\$ 29,82	R\$ 8,94
40805018	3	RX TORAX PA*	R\$ 25,49	R\$ 7,65
20104219	7	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	R\$ 53,25	R\$ 21,30
50000616	7	SESSÃO INDIVIDUAL AMBULATORIAL DE FONOAUDIOLOGIA	R\$ 63,81	R\$ 25,53
20102011	4	SISTEMA HOLTER (24 HORAS)	R\$ 186,14	R\$ 55,84
40302423	3	SÓDIO	R\$ 3,57	R\$ 1,07
40101045	4	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 130,58	R\$ 39,17
41001010	4	TOMOGRAFIA COMPUT. DE CRÂNIO	R\$ 333,90	R\$ 100,00
40302547	3	TRIGLICERÍDIOS	R\$ 4,24	R\$ 1,27
40316521	4	TSH	R\$ 18,76	R\$ 5,63
40901238	3	ULTRASSOM OBSTÉTRICA*	R\$ 74,39	R\$ 22,32
40901300	3	ULTRASSOM PÉLVICA* (VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 72,50	R\$ 21,75
40302580	3	UREIA	R\$ 3,40	R\$ 1,02
40304370	3	VHS	R\$ 2,34	R\$ 0,70

OBS: *Não incluso filme + contraste + taxas.

Valores meramente ilustrativos, como objetivo de exemplificar os preços de coparticipação para clientes. Baseado no valor pago ao prestador o qual pode sofrer alterações sem aviso prévio.