

## ■ Mensalidades Sem Coparticipação (válidas até 31 de março / 2023)

Planos	UniRede Recife		UniRede Pernambuco		Prata Extra	Diamante	
Abrangência	Municipal		Estadual		Estadual	Nacional	
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento	
Reg. na ANS	482.375/19-3	482.376/19-1	489.459/21-6	489.460/21-0	458.337/08-0	461.636/10-7	
Faixas Etárias	00 - 18	R\$ 254,34	R\$ 308,26	R\$ 367,11	R\$ 407,12	R\$ 509,05	R\$ 649,58
	19 - 23	R\$ 287,56	R\$ 348,51	R\$ 415,10	R\$ 460,33	R\$ 594,31	R\$ 758,38
	24 - 28	R\$ 409,30	R\$ 496,05	R\$ 590,81	R\$ 655,18	R\$ 760,42	R\$ 970,35
	29 - 33	R\$ 435,57	R\$ 527,89	R\$ 628,74	R\$ 697,25	R\$ 841,17	R\$ 1.073,40
	34 - 38	R\$ 474,03	R\$ 574,50	R\$ 684,26	R\$ 758,81	R\$ 973,24	R\$ 1.242,03
	39 - 43	R\$ 584,44	R\$ 708,31	R\$ 843,62	R\$ 935,54	R\$ 1.105,40	R\$ 1.410,70
	44 - 48	R\$ 677,53	R\$ 821,14	R\$ 978,01	R\$ 1.084,57	R\$ 1.395,24	R\$ 1.780,58
	49 - 53	R\$ 874,91	R\$ 1.060,35	R\$ 1.262,90	R\$ 1.400,50	R\$ 1.948,03	R\$ 2.486,04
	54 - 58	R\$ 1.179,82	R\$ 1.429,88	R\$ 1.703,02	R\$ 1.888,57	R\$ 2.500,70	R\$ 3.191,33
59 ou +	R\$ 1.521,75	R\$ 1.844,27	R\$ 2.196,56	R\$ 2.435,87	R\$ 3.051,85	R\$ 3.894,70	

## ■ Mensalidades Com Coparticipação

Planos	UniRede Recife Coparticipação		UniRede Pernambuco Coparticipação		
Abrangência	Municipal		Estadual		
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	
Reg. na ANS	482.380/19-0	482.379/19-6	489.457/21-0	489.458/21-8	
Faixas Etárias	00 - 18	R\$ 196,97	R\$ 232,20	R\$ 240,99	R\$ 275,84
	19 - 23	R\$ 222,68	R\$ 262,53	R\$ 272,48	R\$ 311,88
	24 - 28	R\$ 316,95	R\$ 373,66	R\$ 387,83	R\$ 443,91
	29 - 33	R\$ 337,29	R\$ 397,65	R\$ 412,72	R\$ 472,41
	34 - 38	R\$ 367,08	R\$ 432,75	R\$ 449,16	R\$ 514,12
	39 - 43	R\$ 452,58	R\$ 533,56	R\$ 553,77	R\$ 633,85
	44 - 48	R\$ 524,67	R\$ 618,53	R\$ 641,99	R\$ 734,82
	49 - 53	R\$ 677,50	R\$ 798,72	R\$ 828,94	R\$ 948,87
	54 - 58	R\$ 913,63	R\$ 1.077,09	R\$ 1.117,82	R\$ 1.279,55
59 ou +	R\$ 1.178,41	R\$ 1.389,23	R\$ 1.441,76	R\$ 1.650,36	

## ■ Coparticipação

Procedimentos	Coparticipação (%)
Consulta Eletiva e de Urgência	30 %
Exames Simples e Especiais	30 %
Procedimentos Ambulatoriais	30 %
Nutrição	30 %
Psicologia	30 %
Fonoaudiologia	30 %
Fisioterapia	30 %
Diária de Internação Psiquiátrica (Incluindo Dependência Química) à partir do 31º dia	30 %

### ■ Limitador Mensal de Coparticipação\* R\$ 250,00

\* Valor máximo a ser cobrado, conforme tabela de coparticipação. Se a soma dos valores coparticipados no mês for menor que o limitador mensal, prevalece a soma dos procedimentos.

Exemplo:

Exemplos de Procedimentos Realizados	Coparticipação
1 Consulta Médica Eletiva	R\$ 30,00
1 Hemograma Completo	R\$ 2,16
1 Tomografia Computadorizada - Tórax	R\$ 89,81
1 Ultrassom - Abdome total	R\$ 42,77
1 Ressonância Magnética - Articular	R\$ 173,88
<b>Total</b>	<b>R\$ 238,72</b>
Limitador Mensal	R\$ 250,00
<b>Cobrança de Coparticipação</b>	<b>R\$ 238,72</b>

Obs: O limitador mensal de coparticipação não se aplica a coparticipação decorrente de internamento psiquiátrico.