

ANEXO XXXII

Tabela de Preço UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE

Referência Plus Adesão	UP BRONZE ENFERMARIA UNIPLAN ADESAO	UP BRONZE APARTAMENTO UNIPLAN ADESAO	UP PRATA UNIPLAN ADESAO	UP OURO UNIPLAN ADESAO
Coletivo	Coletivo	Individual	Individual	Individual
467.880/12-0	467.996/12-2	467.995/12-4	467.992/12-0	467.984/12-9
Grp Mun	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
139,48	121,84	146,42	190,04	219,82
178,54	155,96	187,42	243,25	281,38
189,70	165,71	199,14	258,46	298,96
195,28	170,59	205,00	266,05	307,76
213,42	186,44	224,05	290,77	336,35
244,11	213,25	256,27	332,59	384,72
341,76	298,55	358,78	465,63	538,62
457,52	399,70	480,35	623,39	721,11
513,32	448,42	538,90	699,38	809,00
836,73	730,93	878,40	1.139,99	1.318,68

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ENTIDADE:

Testemunhas:

1. _____

2. _____

ANEXO XXXIII

TABELA DE PREÇOS UNIMED SANTOS / ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano	COLETIVO POR ADESÃO "REFERÊNCIA"	COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA	COLETIVO POR ADESÃO ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL	COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO ACOMODAÇÃO COLETIVA	COLETIVO POR ADESÃO-CO-PARTICIPAÇÃO-ACOMODAÇÃO APARTAMENTO
Cód. ANS	461.328/10-7	461.352/10-0	461.354/10-6	461.353/10-8	461.351/10-1
Acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual
Segmentação	Referência	Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia
Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
00 - 18	122,49	112,20	144,82	83,46	100,84
19 - 23	129,06	117,96	152,54	87,97	106,28
24 - 28	147,38	134,01	174,13	100,58	121,41
29 - 33	156,56	142,07	184,95	106,91	129,00
34 - 38	181,39	163,88	214,23	124,06	149,60
39 - 43	214,15	192,61	252,80	146,63	176,70
44 - 48	322,81	287,93	380,83	221,59	266,66
49 - 53	397,44	353,39	468,75	273,05	328,43
54 - 58	493,04	437,25	581,36	338,97	407,56
59 ou +	734,62	662,40	868,40	500,43	604,06

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ENTIDADE:

Testemunhas:

1. _____

2. _____