



## UNIMED-UNIERSITÁRIO

### Coparticipações e Franquias

Conforme mencionado na cláusula 33, obriga-se também o CONTRATANTE a pagar diretamente ao prestador de serviço ou à CONTRATADA, os seguintes valores de coparticipação/franquias:

Excepcionalmente, considerando a condição de estudante universitário do CONTRATANTE, os valores de coparticipação/franquia para consultas médicas em consultório ou plantões e ainda consultas/sessões de multiprofissionais serão, respectivamente, de R\$ 37,00 (trinta e sete reais) e R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais), reajustadas na forma prevista no Anexo I.

**Consulta de fisioterapia:** R\$ 16,30 (Dezesseis reais e trinta centavos) por consulta realizada;

**Consulta/sessão de nutrição:** R\$ 30,00 (trinta reais), por consulta/sessão realizada;

**Consulta/sessão de psicologia e terapia ocupacional:** R\$ 30,00 (trinta reais), por consulta/sessão realizada;

**Consultas/sessões de fonoaudiologia:** R\$ 22,00 (vinte e dois reais), por consulta/sessão realizada;

Este valor diferenciado será válido por 10 anos, contados da assinatura deste contrato, sendo que, após este prazo, as coparticipações/franquias seguirão os valores determinados no **Anexo I**.

### CONSULTAS

**a) Consulta médica:** R\$ 49,00 (quarenta e nove reais) por consulta realizada;

**b) Consulta de fisioterapia:** R\$ 16,30 (Dezesseis reais e trinta centavos) por consulta realizada;

**c) Consulta/sessão de nutrição:** R\$ 30,00 (trinta reais), por consulta/sessão realizada;

**d) Consulta/sessão de psicologia e terapia ocupacional:** R\$ 40,00 (quarenta reais), por consulta/sessão realizada;

**e) Consultas/sessões de fonoaudiologia:** R\$ 30,00 (trinta reais), por consulta/sessão realizada;

**f) Consulta de urgência nos locais onde a CONTRATADA mantenha plantão médico:** R\$ 73,00 (setenta e três reais), por consulta realizada;

### SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA – SADT

**g) Análises clínicas:** R\$ 5,80 (cinco reais e oitenta centavos), por exame realizado;

**h) Vírus Zika:** R\$ 88,50 (oitenta e oito reais e cinquenta centavos) por exame realizado;

**i) Vírus Covid-19:** R\$ 80,00 (oitenta reais) por exame realizado;

**j) Fisioterapia:** R\$ 11,65 (onze reais e sessenta e cinco centavos), para cada sessão de fisioterapia, a partir da 31ª, por ano de contrato;

**k) Raio-x não contrastado:** R\$ 15,80 (quinze reais e oitenta centavos), por exame realizado;

**l) Radioterapia:** 16,90 (dezesseis reais e noventa centavos), por sessão realizada;

**m) Medicina Nuclear e espirometria:** R\$ 24,50 (vinte e quatro reais e cinquenta centavos), por

exame realizado;

**n) Raio-x contrastado:** R\$ 31,30 (trinta e um reais e trinta centavos), por exame realizado;

**o) Ecografia:** R\$ 98,10 (noventa e oito reais e dez centavos), por exame realizado;

**p) Eletrocardiograma:** R\$ 79,40 (setenta e nove reais e quarenta centavos), por exame realizado;

**q) Exames de genética:** R\$ 51,70 (cinquenta e um reais e setenta centavos), por exame realizado;

**r) Mamografia:** R\$ 56,20 (cinquenta e seis reais e vinte centavos), por exame realizado;

**s) Tomografia:** R\$ 93,60 (noventa e três reais e sessenta centavos), por exame realizado;

**t) Hemodiálise:** R\$ 75,00 (setenta e cinco reais), por sessão realizada;

**u) Quimioterapia:** R\$ 70,10 (setenta reais e dez centavos), por sessão realizada;

**v) Densitometria óssea (um segmento):** R\$ 53,00 (cinquenta e três reais); e **densitometria óssea (dois segmentos) e densitometria óssea (corpo inteiro):** R\$ 96,10 (noventa e seis reais e dez centavos), por exame realizado;

**x) Ressonância nuclear magnética:** R\$ 298,10 (duzentos e noventa e oito reais e dez centavos), por exame realizado;

**y) Procedimento de pet-scan oncológico:** R\$ 890,00 (oitocentos e noventa reais), por procedimento realizado.

#### PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

**z) Remoção de cerume:** R\$ 19,30 (dezenove reais e trinta centavos), por procedimento realizado;

**aa) Fototerapia:** R\$ 24,20 (vinte e quatro reais e vinte centavos), por sessão realizada;

**ab) Procedimento ambulatorial eletivo:** R\$ 47,70 (quarenta e sete reais e setenta centavos), por procedimento realizado;

**ac) Tratamentos oftalmológicos a laser:** R\$ 129,50 (cento e vinte e nove reais e cinquenta centavos), por procedimento realizado;

**ad) Procedimento de implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal, incluído o dispositivo:** R\$ 147,10 (cento e quarenta e sete reais e dez centavos), por procedimento realizado;

**ae) Procedimento de implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal, incluído o dispositivo:** R\$ 179,50 (cento e setenta e nove reais e cinquenta centavos), por procedimento realizado.

RE1151 Rev. 5

