Tabela de Portes para Médicos

Vigência: 01 de novembro de 2026

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
Planos Individuais/Familiares - Regulamentados							
01	01	01	700735993	JUNIOR PLUS 1	R$ 44,50	R$ 61,61	R$ 106,11
01	01	02	700736991	JUNIOR PLUS 2	R$ 44,50	R$ 61,61	R$ 106,11
01	01	03	705473994	JUNIOR PLUS 3	R$ 44,50	R$ 61,61	R$ 106,11
01	02	01	700737990	SENIOR PLUS 1	R$ 88,00	R$ 124,21	R$ 212,21
01	02	02	700738998	SENIOR PLUS 2	R$ 88,00	R$ 124,21	R$ 212,21
01	03	01	700739996	MASTER PLUS 1	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
01	03	02	700740990	MASTER PLUS 2	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
01	03	03	431027006	MASTER MÉDICO PLUS	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
01	04	01	432507009	BÁSICO PLUS 1 REGIONAL	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
01	04	02	432507009	BÁSICO PLUS 1 REGIONAL	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
01	04	03	437528029	BÁSICO FLEX 30 REGIONAL	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
01	04	04	437529027	BÁSICO FLEX 50 REGIONAL	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
01	05	01	426851992	PECAM PLUS 1	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
01	05	02	434064007	PECAM A II PLUS	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
01	05	03	444541034	PECAM T I PLUS	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
01	05	04	444542032	PECAM T II PLUS	R$ 96,00	R$ 222,31	R$ 318,31
01	05	05	444543031	PECAM A II PLUS ESPECIAL	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
01	05	06	444544039	PBF PLUS	R$ 48,00	R$ 58,11	R$ 106,11
01	05	07	426851992	PECAM PLUS 1	R$ 87,00	R$ 125,21	R$ 212,21
01	06	01	450333043	POMPEIAMED GLOBAL PARTICULAR	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
01	06	02	450329045	POMPEIAMED PLUS A	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
01	06	03	450332045	POMPEIAMED GLOBAL PARTICULAR	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
01	06	04	450339042	POMPEIAMED FAMILIAR A	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
01	06	06	450331047	POMPEIAMED UP GRAD B	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
01	06	08	450339042	POMPEIAMED FAMILIAR	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
01	07	01	700734995	AMBULATORIAL NACIONAL	R$ 44,50	R$ 61,61	R$ 106,11
01	08	01	450339042	UNIPART FLEX I (REFERENCIADA)	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
01	08	02	450339042	UNIPART FLEX II (REFERENCIADA)	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	09	01	437528029	UNIPART FLEX III	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	09	02	437529027	UNIPART FLEX IV	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	09	03	432507009	UNIPART FLEX V	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	10	01	700736991	UNIPART MAIS	R$ 5,50	R$ 100,61	R$ 106,11
01	11	01	700738998	UNIPART EXCLUSIVO	R$ 77,50	R$ 134,71	R$ 212,21
01	12	01	700740990	UNIMAX PREMIUM	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
01	13	01	466143125	UNIFLEX REFERENCIADO 50	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	13	02	466142127	UNIFLEX REFERENCIADO 33	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	13	03	466143125	UNIFLEX REFERENCIADO 50	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	14	01	466159121	UNIPART REGIONAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	14	02	466160125	UNIPART REGIONAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	14	03	470615143	UNIPART REGIONAL 31-Evolução	R$ 69,50	R$ 36,61	R$ 106,11
01	15	01	466144123	UNIPART EXCLUSIVO REGIONAL 32	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
01	16	01	466161123	UNIPART ESTADUAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	16	02	466151126	UNIPART ESTADUAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	17	01	466145121	UNIPART EXCLUSIVO ESTADUAL 32	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
01	18	01	466150128	UNIPART NACIONAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	18	02	466158123	UNIPART NACIONAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
01	19	01	466146120	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
01	20	01	466153122	UNIMAX PREMIUM NACIONAL 10	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
01	21	01	474145155	REFERÊNCIA	R$ 60,50	R$ 45,61	R$ 106,11

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
Plano Individual/Familiar - Regulamentados - COPARTICIPAÇÃO							
01	***60***	***01***	***488535210***	***UNIFÁCIL - INDIVIDUAL/FAMILIAR***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***
01	***61***	***01***	***488534211***	***UNIFÁCIL AMBULATORIAL - INDIVIDUAL/FAMILIAR***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***
01	***62***	***01***	***493059222***	***UNIFÁCIL REGIONAL - IF***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***
01	***63***	***01***	***493058224***	***UNIFÁCIL REGIONAL AMB - IF***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário na consulta em consultório	Valor Pago pelo Beneficiário no Pronto Atendimento	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta em consultório
Plano Individual/Familiar - Regulamentados - PLANOS NOVOS								
01	22	02	500544242	UNIFLEX MAIS REFERENCIADO IF 31	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
01	23	02	499659243	UNIPART MAIS REGIONAL IF 31	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
01	24	02	502468254	UNIPART MAIS NACIONAL (31)	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
01	25	01	502594250	UNIPART MAIS EXCLUSIVO NACIONAL (32)	R$ 63,00	R$ 89,00	R$ 149,21	R$ 212,21

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
Planos Individuais/Familiares - Não Regulamentados e Adaptados							
02	01	01	1TP1F	JUNIOR A	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
02	01	01	1TP1F	JUNIOR A - ADAPTADO	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
02	01	02	1TP2F	JUNIOR B	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
02	01	02	1TP2F	JUNIOR B - ADAPTADO	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
02	01	03	1TP3F	JUNIOR C	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
02	01	03	1TP3F	JUNIOR C - ADAPTADO	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
02	02	01	2TP1F	SENIOR A	R$ 76,00	R$ 136,21	R$ 212,21
02	02	01	2TP1F	SENIOR A - ADAPTADO	R$ 76,00	R$ 136,21	R$ 212,21
02	03	01	3TP1F	MASTER A	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
02	03	01	3TP1F	MASTER A - ADAPTADO	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
02	04	01	4TP1F	PECAM T I	Livre Neg.	R$ 125,70	R$ 212,21
02	04	01	4TP1F	PECAM T I - ADAPTADO	R$ 87,00	R$ 125,21	R$ 212,21
02	04	03	5TP1F	PECAM T II	Livre Neg.	R$ 290,55	R$ 318,31
02	04	03	5TP1F	PECAM T II - ADAPTADO	R$ 87,00	R$ 231,31	R$ 318,31
02	04	05	6TP1F	PECAM A II	R$ 72,00	R$ 140,21	R$ 212,21
02	04	05	6TP1F	PECAM A II - ADAPTADO	R$ 72,00	R$ 140,21	R$ 212,21
02	04	07	7TP1F	P.B.F.	R$ 64,50	R$ 41,61	R$ 106,11
02	04	07	7TP1F	P.B.F. - ADAPTADO	R$ 64,50	R$ 41,61	R$ 106,11
02	05	01	38TP1F	POMPEIAMED PLANO E	R$ 47,50	R$ 58,61	R$ 106,11

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
02	05	01	38TP1F	POMPEIAMED PLANO E - ADAPTADO	R$ 47,50	R$ 58,61	R$ 106,11
02	05	02	39TP1F	POMPEIAMED PLANO T	R$ 47,50	R$ 58,61	R$ 106,11
02	05	02	39TP1F	POMPEIAMED PLANO T - ADAPTADO	R$ 47,50	R$ 58,61	R$ 106,11

Planos Coletivos por Adesão - Regulamentados (pós pagamento)							
Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
08	01	01	479926187	UNIMED GLOBAL NACIONAL - PÓS ESTABELECIDO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
08	02	01	483017192	MASTER MÉDICO COOPERADO - PÓS ESTABELECIDO	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21

Planos Coletivos Empresariais - Regulamentados							
Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
10	01	01	704793992	JUNIOR PLUS 1	R$ 44,50	R$ 61,61	R$ 106,11
10	01	02	704796997	JUNIOR PLUS 2	R$ 44,50	R$ 61,61	R$ 106,11
10	01	03	705472996	JUNIOR PLUS 3	R$ 44,50	R$ 61,61	R$ 106,11
10	01	04	432505002	JUNIOR PLUS 15	R$ 36,50	R$ 69,61	R$ 106,11
10	01	05	432505002	JUNIOR PLUS 25	R$ 36,50	R$ 69,61	R$ 106,11
10	02	01	704794991	SENIOR PLUS 1	R$ 61,00	R$ 151,21	R$ 212,21
10	02	02	704797995	SENIOR PLUS 2	R$ 61,00	R$ 151,21	R$ 212,21
10	02	03	432506001	SENIOR PLUS 13	R$ 61,00	R$ 151,21	R$ 212,21
10	02	04	432506001	SENIOR PLUS 25	R$ 61,00	R$ 151,21	R$ 212,21
10	03	01	704795999	MASTER PLUS 1	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
10	03	02	704798993	MASTER PLUS 2	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
10	03	06	704798993	MASTER PLUS 2	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
10	04	05	426856993	BÁSICO PLUS 15	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
10	04	08	430848004	BÁSICO PLUS 18	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
10	04	10	426856993	BÁSICO PLUS 25	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
10	04	12	426856993	BÁSICO PLUS 25	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	04	14	426856993	BÁSICO PLUS 15 - TROMBINI	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	05	02	416667991	EXECUTIVO PLUS 2	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
10	05	02	416667991	EXECUTIVO PLUS 2 - D' ZAINER	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
10	05	03	430849002	EXECUTIVO PLUS 13	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
10	05	04	430849002	EXECUTIVO PLUS 25	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
10	05	06	430849002	EXECUTIVO PLUS 25	R$ 78,50	R$ 133,71	R$ 212,21
10	06	01	434063009	SAÚDE EMPRESARIAL REGIONAL UNI	R$ 43,00	R$ 63,11	R$ 106,11
10	06	02	434063009	SAÚDE EMPRESARIAL REGIONAL UNI 25	R$ 43,00	R$ 63,11	R$ 106,11
10	07	01	450334041	POMPEIAMED GLOBAL EMPRESARIAL	R$ 54,00	R$ 52,11	R$ 106,11
10	07	03	450335040	POMPEIAMED GLOBAL EMPRESARIAL	R$ 54,00	R$ 52,11	R$ 106,11
10	07	04	450343041	POMPEIAMED EMPRESARIAL E	R$ 54,00	R$ 52,11	R$ 106,11
10	07	05	450335040	POMPEIAMED GLOBAL EMPRESARIAL	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
10	10	01	434063009	UNIPART FLEX XX	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	10	02	434063009	UNIPART FLEX XXI	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	11	01	450335040	UNIPART FLEX I	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	12	01	426856993	UNIPART MAIS I	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	12	02	426856993	UNIPART MAIS II	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	12	03	426856993	UNIPART MAIS III	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	13	01	430849002	UNIPART EXCLUSIVO I	R$ 78,50	R$ 133,71	R$ 212,21
10	14	01	430849002	UNIMAX EXCLUSIVO I	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
10	15	01	704798993	UNIMAX PREMIUM	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
10	16	01	466148126	UNIFLEX REFERENCIADO 50	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	16	02	466148126	UNIFLEX REFERENCIADO 33	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	16	03	466148126	UNIFLEX REFERENCIADO 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	17	01	466154121	UNIPART REGIONAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	17	01	466154121	UNIPART REGIONAL 32 - Câm. Mun. Ver.Garibaldi	R$ 58,00	R$ 48,11	R$ 106,11
10	17	02	466154121	UNIPART REGIONAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	17	02	466154121	UNIPART REGIONAL 31 - Município de Garibaldi	R$ 53,25	R$ 52,86	R$ 106,11
10	17	04	466154121	UNIPART REGIONAL 31- ECOFAR	R$ 59,50	R$ 46,61	R$ 106,11
10	17	05	466154121	UNIPART REGIONAL 31- AGRALE	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	17	06	466154121	UNIPART REGIONAL 31- Martiplast	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	17	07	466154121	UNIPART REGIONAL 32- Soprano	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	18	01	466157125	UNIPART EXCLUSIVO REGIONAL 32	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
10	19	01	466155129	UNIPART ESTADUAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	19	02	466155129	UNIPART ESTADUAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	20	01	466156127	UNIPART EXCLUSIVO ESTADUAL 32	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
10	21	01	466152124	UNIPART NACIONAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	21	02	466152124	UNIPART NACIONAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	21	02	466152124	UNIPART NACIONAL 31 - Município de Garibaldi	R$ 50,00	R$ 56,11	R$ 106,11
10	21	03	466152124	UNIPART NACIONAL 30	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	21	04	466152124	UNIPART NACIONAL 34	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	21	05	466152124	UNIPART NACIONAL 32- Soprano	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	21	08	466152124	UNIPART NACIONAL 31 - SACCARO	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	21	10	466152124	UNIPART NACIONAL 31 - Município de Flores da Cunha	R$ 51,00	R$ 55,11	R$ 106,11
10	21	11	466152124	UNIPART NACIONAL 31 - AGRALE	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
10	22	01	466147128	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
10	22	02	466147128	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 30	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
10	22	05	466147128	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32 - Soprano	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
10	23	01	466141129	UNIMAX EXCLUSIVO NACIONAL 10	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
10	24	01	466149124	UNIMAX PREMIUM NACIONAL 10	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
10	36	01	474147151	REFERÊNCIA	R$ 60,50	R$ 45,61	R$ 106,11
10	48	02	502469252	UNIFLEX REFERENCIADO NACIONAL CE 31 - Município de Carlos Barbosa	R$ 61,65	R$ 44,46	R$ 106,11

Plano Coletivos Empresariais - Regulamentados - COPARTICIPAÇÃO (valores não são pagos no momento do atendimento e sim em fatura posterior)							
Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
10	25	02	468196127	UNIPART NACIONAL 31 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	25	04	468196127	UNIPART NACIONAL 31 - COPARTICIPAÇÃO - COLOMBO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	25	05	468196127	UNIPART NACIONAL 31 - COPARTICIPAÇÃO - GRUPO RANDON	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	25	06	468196127	UNIPART NACIONAL 34 - COPARTICIPAÇÃO - GRUPO RANDON	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	25	07	468196127	UNIPART NACIONAL 34 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	25	08	468196127	UNIPART NACIONAL 32 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	25	09	468196127	UNIPART NACIONAL 31 - COPARTICIPAÇÃO - Pref. Farroupilha	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
10	25	10	468196127	UNIPART NACIONAL 32 - COPARTICIPAÇÃO - Pref. Nova Pádua	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	25	11	468196127	UNIPART NACIONAL 30 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	26	01	468195129	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
10	26	04	468195129	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32 - COPARTICIPAÇÃO - GRUPO COLOMBO	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
10	26	05	468195129	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 31 - COPARTICIPAÇÃO - Pref. Farroupilha	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
10	32	02	472688140	UNIPART ESTADUAL 31 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	33	01	472687141	UNIPART EXCLUSIVO ESTADUAL 32 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
10	37	01	478620173	AMBULATORIAL ESTADUAL 31 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	38	01	488279212	UNIPART REGIONAL 32 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	38	02	487343202	UNIPART REGIONAL 31 - COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	***60***	***01***	***486695209***	***UNIFÁCIL***	***R$ -***	***R$ 86,40***	***R$ 86,40***
10	***61***	***01***	***486811201***	***UNIFÁCIL AMBULATORIAL***	***R$ -***	***R$ 86,40***	***R$ 86,40***
10	***62***	***01***	***488811211***	***UNIFÁCIL SAÚDE***	***R$ -***	***R$ 86,40***	***R$ 86,40***
10	***63***	***01***	***488810213***	***UNIFÁCIL SAÚDE MAIS***	***R$ -***	***R$ 86,40***	***R$ 86,40***
10	***64***	***01***	***488808211***	***UNISAÚDE REGIONAL***	***R$ -***	***R$ 106,11***	***R$ 106,11***
10	***65***	***01***	***488809210***	***UNISAÚDE REGIONAL PRIVATIVO***	***R$ -***	***R$ 212,21***	***R$ 212,21***
10	***66***	***01***	***488889218***	***UNISAÚDE PLUS NACIONAL***	***R$ -***	***R$ 106,11***	***R$ 106,11***
10	***66***	***02***	***488889218***	***UNISAÚDE PLUS NACIONAL COPART***	***R$ -***	***R$ 106,11***	***R$ 106,11***
10	***67***	***01***	***488888210***	***UNISAÚDE PLUS NACIONAL PRIVATIVO***	***R$ -***	***R$ 212,21***	***R$ 212,21***
10	***67***	***02***	***488888210***	***UNISAÚDE PLUS NACIONAL PRIVATIVO COPART***	***R$ -***	***R$ 212,21***	***R$ 212,21***
10	***68***	***01***	***493061224***	***UNIFÁCIL REGIONAL - CE***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***
10	***69***	***01***	***493060226***	***UNIFÁCIL REGIONAL AMB - CE***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***
10	***70***	***01***	***493536225***	***UNIFÁCIL INTEGRAÇÃO***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***
10	***71***	***01***	***493537223***	***UNIFÁCIL INTEGRAÇÃO AMB***	***R$ -***	***R$ 82,97***	***R$ 86,40***
10	***72***	***01***	***494113226***	***UNIPART NACIONAL - CE***	***R$ -***	***R$ 101,89***	***R$ 106,11***
10	***73***	***01***	***494114224***	***UNIPART ESTADUAL - CE***	***R$ -***	***R$ 101,89***	***R$ 106,11***
10	***74***	***01***	***494112228***	***AMBULATORIAL ESTADUAL - CE***	***R$ -***	***R$ 101,89***	***R$ 106,11***
10	***76***	***1***	***507720266***	***AMBULATORIAL NACIONAL - CE***	***R$ -***	***R$ 101,89***	***R$ 106,11***
10	***77***	***1***	***507719262***	***UNIPART REGIONAL - CE***	***R$ -***	***R$ 101,89***	***R$ 106,11***

Plano Coletivos Empresariais - Regulamentados - PLANOS NOVOS

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário na consulta em consultório	Valor Pago pelo Beneficiário no Pronto Atendimento	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta em consultório
10	40	02	499660247	UNIFLEX MAIS REFERENCIADO CE 31	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
10	41	01	499663241	UNIPART MAIS REGIONAL CE 32	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
10	41	02	499663241	UNIPART MAIS REGIONAL CE 31	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
10	42	01	499661245	UNIPART MAIS NACIONAL CE 32	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
10	42	02	499661245	UNIPART MAIS NACIONAL CE 31	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
10	43	01	499662243	UNIPART MAIS EXCLUSIVO NACIONAL CE 32	R$ 63,00	R$ 89,00	R$ 149,21	R$ 212,21
10	49	2	507721264	UNIPART MAIS AMBULATORIAL NACIONAL CE 31	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11

Plano Coletivos Empresariais - Regulamentados - COPARTICIPAÇÃO - PLANOS NOVOS

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário na consulta em consultório	Valor Pago pelo Beneficiário no Pronto Atendimento	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta em consultório
10	39	02	497573231	UNIPART MAIS REGIONAL INTEGRAÇÃO 31 - coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	44	02	499660247	UNIFLEX MAIS REFERENCIADO 31 - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	45	01	499663241	UNIPART MAIS REGIONAL 32 - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	45	02	499663241	UNIPART MAIS REGIONAL 31 - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	46	01	499661245	UNIPART MAIS NACIONAL 32 - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	46	02	499661245	UNIPART MAIS NACIONAL 31 - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
10	47	01	499662243	UNIPART MAIS EXCLUSIVO NACIONAL 32 - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21

Planos Coletivos Empresariais - Não Regulamentados

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
11	01	01	1TP1	JUNIOR A	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
11	01	02	1TP2	JUNIOR B	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
11	01	03	1TP3	JUNIOR C	R$ 38,00	R$ 68,11	R$ 106,11
11	02	01	2TP1	SENIOR A	R$ 76,00	R$ 136,21	R$ 212,21
11	04	01	4TP1	C BÁSICO	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
11	04	02	5TP1	C II BÁSICO	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
11	04	03	5TP2	C II BÁSICO P	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
11	05	01	7TP1	C II EXECUTIVO A	R$ 70,50	R$ 141,71	R$ 212,21
11	06	01	83TP1	POMPEIAMED PLANO E	R$ 47,50	R$ 58,61	R$ 106,11

Planos Coletivos Empresariais - Adaptado

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
11	05	01	7TP1	C II EXECUTIVO A - ADAPTADO	R$ 70,50	R$ 141,71	R$ 212,21

Planos Coletivos por Adesão - Regulamentados (ex: Associações, Sindicatos, etc)

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
12	01	01	463830111	UNIVIDA BÁSICO PLUS EMPRESARIAL	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
12	01	02	463830111	UNIVIDA BÁSICO PLUS EMPRESARIAL	R$ 56,00	R$ 50,11	R$ 106,11
12	02	01	463830111	UNIVIDA BÁSICO PLUS PERSONAL	R$ 63,00	R$ 43,11	R$ 106,11
12	02	02	463830111	UNIVIDA BÁSICO PLUS PERSONAL	R$ 63,00	R$ 43,11	R$ 106,11
12	03	01	463831110	UNIVIDA ESPECIAL PLUS PERSONAL	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
12	03	02	463831110	UNIVIDA ESPECIAL PLUS PERSONAL	R$ 80,50	R$ 131,71	R$ 212,21
12	04	01	463831110	UNIVIDA ESPECIAL PLUS EMPRESARIAL	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21
12	04	02	463831110	UNIVIDA ESPECIAL PLUS EMPRESARIAL	R$ 80,50	R$ 131,71	R$ 212,21
12	05	02	5TP1	CII BASICO A (Plano Não Regulamentado)	R$ 53,00	R$ 53,11	R$ 106,11
12	06	01	426856993	BÁSICO PLUS 15	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
12	06	02	427594992	BÁSICO PLUS 17	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
12	07	01	430849002	EXECUTIVO PLUS 13	R$ 96,00	R$ 116,21	R$ 212,21

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
12	07	02	460800093	EMPRESARIAL REGIONAL R5 - CDL FLORES DA CUNHA PRIVATIVO	R$ 51,50	R$ 160,71	R$ 212,21
12	08	01	460757091	MASTER PLUS 1	R$ -	R$ 318,31	R$ 318,31
12	08	02	704798993	MASTER PLUS 2	R$ -	R$ 290,55	R$ 318,31
12	09	02	432505002	JUNIOR PLUS 15	R$ 36,50	R$ 69,61	R$ 106,11
12	09	03	432505002	JUNIOR PLUS 25	R$ 36,50	R$ 69,61	R$ 106,11
12	10	01	460800093	SAÚDE EMPRESARIAL REGIONAL UNI	R$ 43,00	R$ 63,11	R$ 106,11
12	10	01	460800093	SAÚDE EMPRESARIAL REGIONAL UNI R5 - CDL FLORES DA CUNHA	R$ 51,50	R$ 54,61	R$ 106,11
12	10	02	460800093	UNIVIDA REGIONAL	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	12	01	460756092	GLOBAL EMPRESARIAL	R$ 54,00	R$ 52,11	R$ 106,11
12	12	02	460886091	POMPEIAMED EMPRESARIAL E	R$ 54,00	R$ 52,11	R$ 106,11
12	12	03	460912093	GLOBAL EMPRESARIAL	R$ 50,50	R$ 55,61	R$ 106,11
12	13	01	471149141	UNIPART NACIONAL 30	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	13	02	471149141	UNIPART NACIONAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	13	07	471149141	UNIPART NACIONAL 32- SENGE-RS	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	13	09	471149141	UNIPART NACIONAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	16	04	471147145	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 30	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
12	16	05	471147145	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32-SENGE-RS	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
12	16	09	471147145	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 31	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
12	16	10	471147145	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32	R$ 69,50	R$ 142,71	R$ 212,21
12	17	04	471148143	UNIPART REGIONAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	17	06	471148143	UNIPART REGIONAL 32- SENGE-RS	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	17	09	471148143	UNIPART REGIONAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	17	10	471148143	UNIPART REGIONAL 32	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	18	02	474146153	REFERÊNCIA	R$ 60,50	R$ 45,61	R$ 106,11
12	19	02	475673168	UNIPART ESTADUAL 31	R$ 55,50	R$ 50,61	R$ 106,11
12	21	01	483935198	UNIMAX EXCLUSIVO NACIONAL 10	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11

Planos Coletivos por Adesão - Regulamentados (ex: Associações, Sindicatos, etc) - COPARTICIPAÇÃO
(valores não são pagos no momento do atendimento e sim em fatura posterior)

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
12	14	2	474053150	UNIPART NACIONAL 31 - coparticipação	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
12	15	1	474054158	UNIPART EXCLUSIVO NACIONAL 32 - coparticipação	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
12	20	02	477083168	UNIPART REGIONAL 31 -COPARTICIPAÇÃO	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
12	***60***	***01***	***493062222***	***UNIFACIL REGIONAL - CA***	***R$ -***	***R$ 86,40***	***R$ 86,40***

Plano Coletivos por Adesão - Regulamentados - PLANOS NOVOS

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário na consulta em consultório	Valor Pago pelo Beneficiário no Pronto Atendimento	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta em consultório
12	23	02	504.100/25-7	UNIPART MAIS REGIONAL CA (31)	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
12	24	02	504.098/25-1	UNIPART MAIS NACIONAL CA (31)	R$ 52,50	R$ 68,00	R$ 53,61	R$ 106,11
12	25	01	504.099/25-0	UNIPART MAIS EXCLUSIVO NAC CA (32)	R$ 63,00	R$ 89,00	R$ 149,21	R$ 212,21

Plano Coletivos por Adesão - Regulamentados - COPARTICIPAÇÃO - PLANOS NOVOS

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário na consulta em consultório	Valor Pago pelo Beneficiário no Pronto Atendimento	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta em consultório
12	26	02	504.100/25-7	UNIPART MAIS REGIONAL CA (31) - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
12	27	02	504.098/25-1	UNIPART MAIS NACIONAL CA (31) - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
12	28	01	504.099/25-0	UNIPART MAIS EXCLUSIVO NAC CA (32) - Coparticipação	R$ -	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21

Planos Especiais - Gestão de Sustentabilidade

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
25	01	01		RESPONSABILIDADE SOCIAL - CIDEF	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
25	01	02		RESPONSABILIDADE SOCIAL - APAE/APADEV/HELLEN KELLER	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11

Planos de Cessão de Rede

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
28	01	01		CESSÃO DE REDE - ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
28	01	02		CESSÃO DE REDE - ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL - SAUDE PAS	R$ -	-	-
28	02	01		CESSÃO DE REDE - ACOMODAÇÃO COLETIVA	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
28	02	02		CESSÃO DE REDE - ACOMODAÇÃO COLETIVA - SAUDE PAS	R$ -	-	-

Planos de Gestão do Acidente de Trabalho

Mod	Plano	Tipo de Plano	Reg. do Plano ANS	Descrição do Plano	Valor Pago pelo Beneficiário	Valor Pago pela Unimed Serra Gaucha	Valor Total da Consulta
40	01	01		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Risco 3/4	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
40	01	02		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Risco 1/2	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
40	01	03		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Risco 3/4	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
40	01	04		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Risco 1/2	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
40	01	05		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Integral Privativo	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
40	02	01		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Plus	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
40	02	02		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Plus Privativo	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21
40	02	03		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Plus	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
40	02	04		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Plus Regional	R$ -	R$ 106,11	R$ 106,11
40	02	05		Proteção ao Trabalho - Gestão do Acidente de Trabalho Plus Privativo	R$ -	R$ 212,21	R$ 212,21