



CASUFES

INFORME DE PRODUTOS BENEVIX
VERSÃO - JANEIRO/2023

Benevix

Sua administradora de benefícios.

TABELA DE PREÇOS

FAIXA ETÁRIA	PARTICIPATIVO ESTADUAL 50%		7785 - PARTICIPATIVO NACIONAL 50%	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	ANS: 475.374/16-7	ANS: 475.372/16-1	ANS: 462.577/10-3	ANS: 462.576/10-5
00 a 18	R\$ 147,07	R\$ 179,69	R\$ 190,75	R\$ 232,35
19 a 23	R\$ 167,12	R\$ 201,22	R\$ 213,66	R\$ 260,28
24 a 28	R\$ 189,41	R\$ 231,42	R\$ 245,70	R\$ 299,26
29 a 33	R\$ 208,33	R\$ 254,58	R\$ 270,30	R\$ 329,16
34 a 38	R\$ 245,83	R\$ 300,39	R\$ 318,91	R\$ 388,48
39 a 43	R\$ 282,72	R\$ 345,43	R\$ 366,78	R\$ 446,75
44 a 48	R\$ 367,53	R\$ 449,07	R\$ 476,83	R\$ 580,75
49 a 53	R\$ 477,83	R\$ 583,92	R\$ 619,89	R\$ 754,98
54 a 58	R\$ 640,26	R\$ 782,28	R\$ 830,62	R\$ 1.011,61
Acima de 59	R\$ 877,16	R\$ 1.071,74	R\$ 1.137,93	R\$ 1.385,96
PRÓXIMO REAJUSTE	JANEIRO/2024			

PRODUTOS / ATENDIMENTO

Participativo Estadual

Os serviços serão prestados pela Unimed Vitória através de seus médicos cooperados e de rede própria ou por ela credenciada, exclusivamente no Estado do Espírito Santo.

Opções de acomodação: Enfermaria e Apartamento.

Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Área geográfica de abrangência do plano: Estadual

Área de atuação: Estadual

Participativo Nacional

Os serviços serão prestados pela Unimed Vitória através de seus médicos cooperados e de rede própria ou por ela credenciada, bem como todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional UNIMED.

Opções de acomodação: Enfermaria e Apartamento.

Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Área geográfica de abrangência do plano: Nacional

Área de atuação: Nacional

COPARTICIPAÇÃO

Consulta Eletiva	R\$ 30,00	Demais procedimentos 50% (cinquenta por cento)*
Consulta Pronto socorro	R\$ 55,00	Limitador de R\$250,00por beneficiário/competência

CARÊNCIAS

Emergência e Urgência / Acidentes Pessoais	24 horas
Consultas, Análises Clínicas e RX Simples	30 dias
Exames Obstétricos / Radiológicos Contrastados	60 dias
Procedimentos de Diagnose / Internações Clínicas	120 dias
Acomodação em quarto privativo	180 dias
Ressonância Nuclear Magnética, Tratamento e Internações Cirúrgicas	180 dias
Internações Psiquiátricas e Dependência Química, assim como Hospital / dia Psiquiátrico	180 dias
Prótese e Órtese, Cirurgia de Obesidade Mórbida e Cirurgia Refrativa Oftalmológica	180 dias
Cirurgia Cardíaca, Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos em Hemodinâmica	180 dias
Transplante de Rim e Córnea	180 dias
Parto a Termo	300 dias
Tratamento de doenças preexistentes com opção de Cobertura Parcial Temporária	24 meses

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESÃO

Cópias simples

TITULAR

- a) RG
- b) CPF
- c) Comprovante de vínculo com a entidade
- d) Cartão Nacional de Saúde
- e) Comprovante de residência atualizado.

CÔNJUGE / COMPANHEIRO (A)

- a) RG
- b) CPF
- c) Certidão de Casamento Civil ou Escritura Pública Declaratória de União Estável
- d) Cartão Nacional de Saúde

FILHO(A)S ATÉ 33 ANOS INCOMPLETOS

- a) Certidão de Nascimento ou RG
- b) CPF
- c) Cartão Nacional de Saúde
- d) Cartão de Vacina (complementar para menores de 02 anos)
- e) Alta maternidade e laudo da Utin (complementar para menores de 02 anos)

ENTEADO(A)S COM ATÉ 33 ANOS INCOMPLETOS

- a) Certidão de Nascimento ou RG
- b) CPF
- c) Cartão Nacional de Saúde
- d) Cartão de Vacina (complementar para menores de 02 anos)
- e) Alta maternidade e laudo da Utin (complementar para menores de 02 anos)
- f) Certidão de Casamento

TUTELADOS E OS MENORES SOB GUARDA

- a) Certidão de Nascimento ou RG
- b) CPF
- c) Cartão Nacional de Saúde
- d) Cartão de Vacina (complementar para menores de 02 anos)
- e) Alta maternidade e laudo da Utin (complementar para menores de 02 anos)
- f) Termo de Tutela – para o menor tutelado
- g) Termo de guarda ou adoção (provisório ou definitivo) – para menor sob guarda ou adotado

FILHO(A) INVÁLIDO:

- a) Certidão de Nascimento ou RG
- b) CPF
- c) Cartão Nacional de Saúde
- d) Certidão de invalidez emitida pelo INSS
- e) Cartão de Vacina (complementar para menores de 02 anos)
- f) Alta maternidade e laudo da Utin (complementar para menores de 02 anos)

NETOS E NETAS AMBOS COM ATÉ 33 ANOS INCOMPLETOS.

- a) Certidão de Nascimento ou RG
- b) CPF
- c) Cartão Nacional de Saúde
- d) Cartão de Vacina (complementar para menores de 02 anos)
- e) Alta maternidade e laudo da Utin (complementar para menores de 02 anos)
- f) Comprovante de escolaridade

PAI E MÃE SEM COMPROVAÇÃO ECONÔMICA

- a) RG
- b) CPF
- c) Cartão Nacional de Saúde

ENTIDADES	PÚBLICO ALVO	COMPROVANTE DE VÍNCULO
CASUFES Caixa de Assistência à Saúde da Universidade	Servidores da Universidade Federal do Espírito Santo	Termo de Posse contendo nome, matrícula SIAPE e assinatura do agente público expedidor do documento ou Termo de Exercício contendo nome, matrícula SIAPE e assinatura do agente público expedidor do documento ou Holerite.

Benevix

Sua administradora de benefícios.

Suporte Comercial

 (27) 99953.6441

Benê - Atendente Virtual

ANS - N. 41.771-8

ANS - N. 35.739-1