



VALORES 2019/2020 – SEM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA		ACOMODAÇÃO	
DE	ATÉ	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0	18	R\$ 239,06	R\$ 304,63
19	23	R\$ 288,34	R\$ 376,38
24	28	R\$ 309,58	R\$ 416,36
29	33	R\$ 331,99	R\$ 451,32
34	38	R\$ 354,02	R\$ 485,47
39	43	R\$ 397,35	R\$ 552,26
44	48	R\$ 461,19	R\$ 654,06
49	53	R\$ 533,10	R\$ 772,56
54	58	R\$ 637,32	R\$ 952,15
ACIMA DE 59		R\$ 891,38	R\$ 1.117,32

AMBULÂNCIA (SOS)	R\$ 11,27
-------------------------	-----------

**Prazo para INCLUSÃO/ALTERAÇÃO/EXCLUSÃO:
Até dia 12 de cada mês.**

Documentos necessários:

- Identidade com CPF ou CNH ou Certidão de Nascimento (em caso de recém-nascidos),
- Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável (em caso de inclusão de cônjuge),
- Comprovante de endereço do titular,
- Certidão de Óbito ou pedido de exclusão por escrito do titular (em caso de exclusão)

Início de vigência: 1º dia do mês subsequente.

Modalidade de pagamento: Pré Pago.