



ADEPOL-PR – Associação dos Delegados de Polícia do Estado do Paraná

FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO UNIMED E DENTAL UNI

ACOMODAÇÃO	() ENFERMARIA	() APARTAMENTO
------------	----------------	-----------------



AMBULÂNCIA (SOS)		VALOR MENSAL (INDIVIDUAL)	
() SIM	() NÃO	R\$	13,98

***Abrangência SOS:**

Curitiba, SJ dos Pinhais, Araucária, Pinhais, Cascavel, Londrina, Cambé e Ibiporã.

Abrangência: Cobertura nacional.
Movimentações: Até o dia 12/ mês.

INCLUSÃO COM ANÁLISE DE PORTABILIDADE	() SIM	() NÃO
---------------------------------------	---------	---------

*Para portabilidade, anexar a declaração de vínculo com a operadora e Guia ANS.

DENTAL UNI		VALOR MENSAL (INDIVIDUAL)	
() SIM	() NÃO	R\$	14,33



Abrangência: Cobertura nacional.

Associado (a): _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Dependente (1): _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Dependente (2): _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Dependente (3): _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____



Carência: 24 hs após a inclusão.

Tempo de permanência: 12 meses para exclusão.

Movimentações: Até dia 18/mês, para inclusão 1º dia (útil) do mês subsequente.

Exclusões: Até o dia 12/mês.

Não somos responsáveis por qualquer movimentação, bem como cobranças devidas ou indevidas dos futuros planos e/ou anteriores ao contratado via ADEPOL-PR.



TABELA 2026/2027 – SEM COPARTICIPAÇÃO



FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA REG. ANS 474.934/15-1 AMB + HOSP. ENF + OBST	APARTAMENTO REG. ANS 474.935/15-9 AMB + HOPS. APTO + OBST
0 a 18	R\$ 441,48	R\$ 563,60
19 a 23	R\$ 533,25	R\$ 697,20
24 a 28	R\$ 572,79	R\$ 771,64
29 a 33	R\$ 614,54	R\$ 836,77
34 a 38	R\$ 655,57	R\$ 900,37
39 a 43	R\$ 736,26	R\$ 1.024,75
44 a 48	R\$ 855,16	R\$ 1.214,36
49 a 53	R\$ 989,09	R\$ 1.435,05
54 a 58	R\$ 1.183,17	R\$ 1.769,49
Acima de 59	R\$ 1.656,33	R\$ 2.077,11

* **Abrangência do plano: Cobertura nacional.**

** **Valor mensal, individual.**

AMBULÂNCIA (SOS UNIMED)	R\$ 13,98
-------------------------	-----------

* **Abrangência SOS:** Curitiba, São José dos Pinhais, Araucária, Pinhais, Cascavel, Londrina, Cambé e Ipirorã.

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

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:
*RG com CPF ou CNH (válida) ou Certidão de Nascimento (em caso de recém-nascidos)
*Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável <u>com assinatura reconhecida por verdadeira em cartório</u> (para inclusão do (a) cônjuge)
*Comprovante de endereço do titular (máximo 3 últimos meses)
*Certidão de óbito ou pedido de exclusão por escrito (em caso de exclusão)
*Para portabilidade: Carta de portabilidade e Guia ANS

Início de vigência: 1º dia do mês subsequente.

Modalidade de pagamento: Pré-pago.

Vigência da tabela: 11/2026 a 10/2027.

***Não somos responsáveis por qualquer movimentação, bem como cobranças devidas ou indevidas dos futuros planos e/ou anteriores ao contratado via ADEPOL-PR.