



TABELA 2023/2024 – 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\$ 331,01	R\$ 422,18
19 a 23	R\$ 399,52	R\$ 521,93
24 a 28	R\$ 429,05	R\$ 577,51
29 a 33	R\$ 460,22	R\$ 626,13
34 a 38	R\$ 490,85	R\$ 673,61
39 a 43	R\$ 551,09	R\$ 766,47
44 a 48	R\$ 639,86	R\$ 908,03
49 a 53	R\$ 739,85	R\$ 1.072,79
54 a 58	R\$ 884,75	R\$ 1.322,48
Acima de 59	R\$ 1.237,99	R\$ 1.552,15

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

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

*** Abrangência SOS:**

Curitiba, São José dos Pinhais, Araucária, Pinhais, Cascavel, Londrina, Cambé e Ibiporã.

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

Documentos necessários:
*RG com CPF ou CNH (Válida) ou Certidão de Nascimento (em caso de recém-nascidos)
*Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável com assinatura reconhecida em cartório (para inclusão do cônjuge)
*Comprovante de endereço do titular (máximo 3 últimos meses)
*Certidão de óbito ou pedido de exclusão por escrito (em caso de exclusão)

Início de vigência: 1º dia do mês subsequente.

Modalidade de pagamento: Pré-pago.

Vigência da tabela: 11/2023 a 10/2024.