



## **TABELA 2025/2026 – SEM COPARTICIPAÇÃO**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>ENFERMARIA</b> REG. ANS 474.934/15-1 AMB + HOSP. ENF + OBST	<b>APARTAMENTO</b> REG. ANS 474.935/15-9 AMB + HOPS. APTO + OBST
0 a 18	R\$ 401,85	R\$ 512,87
19 a 23	R\$ 485,28	R\$ 634,33
24 a 28	R\$ 521,22	R\$ 702,00
29 a 33	R\$ 559,18	R\$ 761,21
34 a 38	R\$ 596,48	R\$ 819,03
39 a 43	R\$ 669,84	R\$ 932,10
44 a 48	R\$ 777,92	R\$ 1.104,47
49 a 53	R\$ 899,68	R\$ 1.305,10
54 a 58	R\$ 1.076,12	R\$ 1.609,13
Acima de 59	R\$ 1.506,26	R\$ 1.888,79

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

<b>AMBULÂNCIA (SOS UNIMED)</b>	R\$ 13,98
--------------------------------	-----------

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

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

<b>Documentos necessários:</b>
*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 por verdadeira em cartório (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:** 11/2025 a 10/2026.

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