



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 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 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: 11/2026 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.**