



## **TABELA 2024/2025 – SEM COPARTICIPAÇÃO**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>ENFERMARIA</b>	<b>APARTAMENTO</b>
	REG. ANS 474.934/15-1 AMB + HOSP. ENF + OBST	REG. ANS 474.935/15-9 AMB + HOPS. APTO + OBST
0 a 18	R\$ 366,81	R\$ 468,00
19 a 23	R\$ 442,86	R\$ 578,72
24 a 28	R\$ 475,63	R\$ 640,42
29 a 33	R\$ 510,23	R\$ 694,39
34 a 38	R\$ 544,23	R\$ 747,10
39 a 43	R\$ 611,10	R\$ 850,17
44 a 48	R\$ 709,63	R\$ 1.007,30
49 a 53	R\$ 820,61	R\$ 1.190,19
54 a 58	R\$ 981,46	R\$ 1.467,34
Acima de 59	R\$ 1.373,55	R\$ 1.722,27

**\* 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 Ibiporã.

**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 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:** 11/2024 a 10/2025.