



ABRANGÊNCIA
NACIONAL



COLETIVO POR ADESAO - AMB/HOSP/OBST/

Nº DO PRODUTO		ACOMODAÇÃO	Enfermaria
% COPARTICIPAÇÃO	30%	TETO COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	R\$ 199,10

Faixa Etária	Titular	Titular + 1 Dependente	Titular + 2 Dependentes	Acima de Titular + 2 Dependentes
00 a 18 anos	R\$ 206,60	R\$ 161,37	R\$ 145,16	R\$ 128,93
19 a 23 anos	R\$ 236,72	R\$ 183,97	R\$ 165,35	R\$ 146,71
24 a 28 anos	R\$ 248,10	R\$ 192,71	R\$ 173,16	R\$ 153,58
29 a 33 anos	R\$ 319,38	R\$ 247,44	R\$ 222,05	R\$ 196,63
34 a 38 anos	R\$ 334,87	R\$ 259,34	R\$ 232,69	R\$ 205,99
39 a 43 anos	R\$ 383,07	R\$ 296,35	R\$ 265,75	R\$ 235,10
44 a 48 anos	R\$ 530,47	R\$ 409,54	R\$ 366,87	R\$ 324,13
49 a 53 anos	R\$ 670,04	R\$ 516,73	R\$ 462,63	R\$ 408,44
54 a 58 anos	R\$ 736,09	R\$ 567,45	R\$ 507,94	R\$ 448,34
Acima de 59 anos	R\$ 1.194,73	R\$ 919,66	R\$ 822,59	R\$ 725,37

Nº DO PRODUTO		ACOMODAÇÃO	Apartamento
% COPARTICIPAÇÃO	30%	TETO COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	R\$ 199,10

Faixa Etária	Titular	Titular + 1 Dependente	Titular + 2 Dependentes	Acima de Titular + 2 Dependentes
00 a 18 anos	R\$ 248,04	R\$ 190,53	R\$ 172,86	R\$ 153,16
19 a 23 anos	R\$ 300,56	R\$ 232,84	R\$ 208,83	R\$ 184,80
24 a 28 anos	R\$ 315,12	R\$ 244,01	R\$ 218,80	R\$ 193,58
29 a 33 anos	R\$ 448,25	R\$ 346,18	R\$ 309,99	R\$ 273,78
34 a 38 anos	R\$ 470,23	R\$ 363,05	R\$ 325,06	R\$ 287,02
39 a 43 anos	R\$ 641,89	R\$ 494,79	R\$ 442,64	R\$ 390,44
44 a 48 anos	R\$ 673,50	R\$ 519,04	R\$ 464,29	R\$ 409,48
49 a 53 anos	R\$ 918,11	R\$ 706,76	R\$ 631,84	R\$ 556,85
54 a 58 anos	R\$ 990,80	R\$ 762,54	R\$ 681,63	R\$ 600,64
Acima de 59 anos	R\$ 1.438,82	R\$ 1.106,36	R\$ 988,51	R\$ 870,55

Data atualização:	01/03/2025	Reajuste em Mar/25
Vigência da tabela:	01/03/2025 - 28/02/2026	Benefícios - SOS Unimed Transp. Aereo Benefício Família
		TAXA DE INCLUSÃO - R\$ 15,00 POR VIDA

INCLUSÃO
Formulário de Inclusão
Declaração de Saúde
CPF e RG ou CNH (titular e dependentes)
Comprovante de Endereço
Comprovante de Vínculo AFPM

+

+

Certidão de casamento (em caso de dep. conjúê)
Documento de guarda (em caso de adoção)
Certidão de Nascimento, carteirinha de vacinação, teste do pézinho e da orelhinha (em caso de Recem Nascido)

PORTABILIDADE
Declaração de carência/portabilidade
Assinatura da Proposta de Portabilidade
APROVADA: Documentos normais de inclusão

ALTERAÇÃO PARA ESTADUAL
Formulário de Alteração

Carências: 30d Consultas e exames simples 180d exame/procedimento especializado e internamento 10 meses obstetrícia



ABRANGÊNCIA
REGIONAL



COLETIVO POR ADESAO - AMB/HOSP/OBST/

Nº DO PRODUTO		ACOMODAÇÃO	Enfermaria
% COPARTICIPAÇÃO	30%	TETO COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	R\$ 199,10

Faixa Etária	Titular	Titular + 1 Dependente	Titular + 2 Dependentes	Acima de Titular + 2 Dependentes
00 a 18 anos	R\$ 198,12	R\$ 158,08	R\$ 142,58	R\$ 127,07
19 a 23 anos	R\$ 226,19	R\$ 180,19	R\$ 162,40	R\$ 144,57
24 a 28 anos	R\$ 237,04	R\$ 188,74	R\$ 170,05	R\$ 151,34
29 a 33 anos	R\$ 305,03	R\$ 242,31	R\$ 218,04	R\$ 193,73
34 a 38 anos	R\$ 319,81	R\$ 253,95	R\$ 228,47	R\$ 202,95
39 a 43 anos	R\$ 366,39	R\$ 290,65	R\$ 261,34	R\$ 231,99
44 a 48 anos	R\$ 505,62	R\$ 400,34	R\$ 359,60	R\$ 318,80
49 a 53 anos	R\$ 639,60	R\$ 505,89	R\$ 454,15	R\$ 402,35
54 a 58 anos	R\$ 702,61	R\$ 555,53	R\$ 498,62	R\$ 441,63
Acima de 59 anos	R\$ 1.140,10	R\$ 900,20	R\$ 807,38	R\$ 714,42

Nº DO PRODUTO		ACOMODAÇÃO	Apartamento
% COPARTICIPAÇÃO	30%	TETO COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	R\$ 199,10

Faixa Etária	Titular	Titular + 1 Dependente	Titular + 2 Dependentes	Acima de Titular + 2 Dependentes
00 a 18 anos	R\$ 226,78	R\$ 180,49	R\$ 162,49	R\$ 144,48
19 a 23 anos	R\$ 274,64	R\$ 218,17	R\$ 196,21	R\$ 174,23
24 a 28 anos	R\$ 287,90	R\$ 228,60	R\$ 205,55	R\$ 182,47
29 a 33 anos	R\$ 409,21	R\$ 324,08	R\$ 290,98	R\$ 257,85
34 a 38 anos	R\$ 429,19	R\$ 339,81	R\$ 305,06	R\$ 270,27
39 a 43 anos	R\$ 585,56	R\$ 462,88	R\$ 415,19	R\$ 367,45
44 a 48 anos	R\$ 614,37	R\$ 488,56	R\$ 435,48	R\$ 385,35
49 a 53 anos	R\$ 837,18	R\$ 660,92	R\$ 592,41	R\$ 523,82
54 a 58 anos	R\$ 903,40	R\$ 713,04	R\$ 639,05	R\$ 564,97
Acima de 59 anos	R\$ 1.311,54	R\$ 1.034,28	R\$ 926,50	R\$ 818,60

Data atualização:	01/03/2025	Reajuste em Mar/25
Vigência da tabela:	01/03/2025 - 28/02/2026	Benefícios - SOS Unimed Transp. Aereo Benefício Família
		TAXA DE INCLUSÃO - R\$ 15,00 POR VIDA

INCLUSÃO
Formulário de Inclusão
Declaração de Saúde
CPF e RG ou CNH (titular e dependentes)
Comprovante de Endereço
Comprovante de Vínculo AFPM

+

+

Certidão de casamento (em caso de dep. conjúg)
Documento de guarda (em caso de adoção)
Certidão de Nascimento, carteirinha de vacinação, teste do pézinho e da orelhinha (em caso de Recem Nascido)

PORTABILIDADE
Declaração de carência/portabilidade
Assinatura da Proposta de Portabilidade
APROVADA: Documentação normal de inclusão

ALTERAÇÃO PARA NACIONAL
Formulário de Alteração

Carências: 30d Consultas e exames simples 180d exame/procedimento especializado e internamento 10 meses obstetrícia
