

# Tabela Nacional Unimed - Pessoa Física - PF



Simule o seu plano de saúde online



**SIMULAR**



Referência: Abril/2019 - Taxa de Inscrição: 20,00 por contrato

## Individual

Faixa Etária	Nacional QC	Nacional QP
Acomodação	Enf.	Apto.
Abrangência	Nac.	Nac.
0 a 18	R\$ 201.93	R\$ 224.67
19 a 23	R\$ 259.21	R\$ 288.41
24 a 28	R\$ 343.55	R\$ 382.23
29 a 33	R\$ 376.42	R\$ 418.81
34 a 38	R\$ 404.47	R\$ 450.01
39 a 43	R\$ 438.28	R\$ 487.64
44 a 48	R\$ 524.93	R\$ 584.04
49 a 53	R\$ 599.99	R\$ 667.55
54 a 58	R\$ 761.18	R\$ 846.89
59 ou +	R\$ 1211.59	R\$ 1348.01

## Familiar

Faixa Etária	Nacional QC	Nacional QP
Acomodação	Enf.	Apto.
Abrangência	Nac.	Nac.
0 a 18	R\$ 201.93	R\$ 224.67
19 a 23	R\$ 259.21	R\$ 288.41
24 a 28	R\$ 343.55	R\$ 382.23
29 a 33	R\$ 376.42	R\$ 418.81
34 a 38	R\$ 404.47	R\$ 450.01
39 a 43	R\$ 438.28	R\$ 487.64
44 a 48	R\$ 524.93	R\$ 584.04
49 a 53	R\$ 599.99	R\$ 667.55
54 a 58	R\$ 761.18	R\$ 846.89
59 ou +	R\$ 1211.59	R\$ 1348.01

## Carência

Carências válidas a partir da data de vigência do contrato.

- Urgências e emergências: À partir da vigência.
- Consultas e exames simples: Após entrega da carteirinha.
- Exames especiais: 180 ( cento e oitenta ) dias.
- Internação clínica ou cirúrgica não relacionadas à ( DLP ): 180 dias ( cento e oitenta ) dias.
- Parto a termo: 300 ( trezentos ) dias.
- Doenças e lesões pré-existentes: 720 ( setecentos e vinte ) dias.

## Documentação

**Titular:**

- Cópia legível do RG, CPF, comprovante de residência atualizado e do cartão nacional de saúde ( CNS ).

**Dependentes:****Cônjuge**

- Cópia legível do RG, CPF, certidão de casamento e do cartão nacional de saúde ( CNS ).

**Filhos**

- Cópia legível do RG, CPF e do cartão nacional de saúde ( CNS ) até 17 ( dezessete ) anos.

**Atenção:** O estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na proposta de adesão.

## Mais Informações

**• Entrega**

Todo dia 15 do mês na **proposta:** associação.

**• Vigência:**

Dia 05 do mês subsequente.

**• Vencimento**

Dia **do boleto:** 07.

**• Taxa**

R\$ 20,00, por contrato ( de no ato da adesão **cadastro:** ).

**Atenção:** O telefone do cliente deve estar devidamente preenchido na Ficha Associativa ( caso não haja contato com o cliente no pós-venda a proposta não será implantada ). Necessário 02 ( dois ) telefones de contato e e-mail.

Valores, rede credenciada e informações podem sofrer alterações sem aviso prévio por parte da operadora.

**ATENÇÃO! Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas.** As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.