

Tabela de Preços

CONTRATO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

PLANO PARTICULAR

CONSULTAS, EXAMES, TRATAMENTOS, INTERNAÇÕES E OBSTETRÍCIA

PLANOS, REDES E ABRANGÊNCIAS	ABRANGÊNCIA NACIONAL							ABRANGÊNCIA ESTADUAL	
	ALFA	BETA		DELTA		ÔMEGA		PERSONAL	
	Quarto Coletivo	Quarto Individual c/ acompanhante						Quarto Coletivo	Quarto Individual c/ acompanhante
Faixa Etária (anos)	R\$	Sem Desc.	Com Desc.	Sem Desc.	Com Desc.	Sem Desc.	Com Desc.	R\$	R\$
00 a 18	159,62	169,20	160,74	210,70	200,17	223,92	212,72	111,74	130,89
19 a 23	205,91	218,27	207,35	271,80	258,22	288,86	274,41	144,14	168,85
24 a 28	222,38	235,73	223,94	293,54	278,88	311,97	296,36	155,67	182,36
29 a 33	240,17	254,59	241,86	317,02	301,19	336,93	320,07	168,12	196,95
34 a 38	264,19	280,05	266,05	348,72	331,31	370,62	352,08	184,93	216,65
39 a 43	298,53	316,46	300,64	394,05	374,38	418,80	397,85	208,97	244,81
44 a 48	391,07	414,56	393,84	516,21	490,44	548,63	521,18	273,75	320,70
49 a 53	469,28	497,47	472,61	619,45	588,53	658,36	625,42	328,50	384,84
54 a 58	586,60	621,84	590,76	774,31	735,66	822,95	781,78	410,63	481,05
59 ou mais	956,16	1.013,60	962,94	1.262,13	1.199,13	1.341,41	1.274,30	669,33	784,11

PLANO FAMILIAR

CONSULTAS, EXAMES, TRATAMENTOS, INTERNAÇÕES E OBSTETRÍCIA

PLANOS, REDES E ABRANGÊNCIAS	ABRANGÊNCIA NACIONAL							ABRANGÊNCIA ESTADUAL	
	ALFA	BETA		DELTA		ÔMEGA		PERSONAL	
	Quarto Coletivo	Quarto Individual c/ acompanhante						Quarto Coletivo	Quarto Individual c/ acompanhante
Faixa Etária (anos)	R\$	Sem Desc.	Com Desc.	Sem Desc.	Com Desc.	Sem Desc.	Com Desc.	R\$	R\$
00 a 18	143,66	152,28	144,67	189,63	180,15	201,53	191,45	100,57	117,80
19 a 23	185,32	196,44	186,62	244,62	232,39	259,97	246,97	129,74	151,96
24 a 28	200,15	212,16	201,55	264,19	250,98	280,77	266,73	140,12	164,12
29 a 33	216,16	229,13	217,67	285,33	271,06	303,23	288,07	151,33	177,25
34 a 38	237,78	252,04	239,44	313,86	298,17	333,55	316,88	166,46	194,98
39 a 43	268,69	284,81	270,57	354,66	336,93	376,91	358,07	188,10	220,33
44 a 48	351,98	373,10	354,45	464,60	441,38	493,75	469,07	246,41	288,63
49 a 53	422,38	447,72	425,34	557,52	529,66	592,50	562,88	295,69	346,36
54 a 58	527,98	559,65	531,68	696,90	662,08	740,63	703,60	369,61	432,95
59 ou mais	860,61	912,23	866,64	1.135,95	1.079,19	1.207,23	1.146,87	602,46	705,71

PLANMED

CONSULTAS, EXAMES, TRATAMENTOS, INTERNAÇÕES E OBSTETRÍCIA

PLANOS, REDES E ABRANGÊNCIAS	ABRANGÊNCIA NACIONAL							ABRANGÊNCIA ESTADUAL	
	ALFA	BETA		DELTA		ÔMEGA		PERSONAL	
	Quarto Coletivo	Quarto Individual c/ acompanhante						Quarto Coletivo	Quarto Individual c/ acompanhante
Faixa Etária (anos)	R\$	Sem Desc.	Com Desc.	Sem Desc.	Com Desc.	Sem Desc.	Com Desc.	R\$	R\$
00 a 18	127,70	135,36	128,59	168,56	160,13	179,14	170,18	89,39	104,71
19 a 23	164,73	174,61	165,88	217,44	206,57	231,09	219,53	115,31	135,08
24 a 28	177,91	188,58	179,15	234,84	223,10	249,58	237,09	124,53	145,89
29 a 33	192,14	203,67	193,48	253,63	240,95	269,55	256,06	134,49	157,56
34 a 38	211,35	224,04	212,83	278,99	265,05	296,51	281,67	147,94	173,32
39 a 43	238,83	253,17	240,50	315,26	299,51	335,06	318,29	167,17	195,85
44 a 48	312,87	331,65	315,06	412,99	392,36	438,93	416,96	218,99	256,56
49 a 53	375,44	397,98	378,07	495,59	470,83	526,72	500,35	262,79	307,87
54 a 58	469,30	497,48	472,59	619,49	588,54	658,40	625,44	328,49	384,84
59 ou mais	764,96	810,89	770,32	1.009,77	959,32	1.073,19	1.019,47	535,44	627,29

TAXA DE IMPLANTAÇÃO = R\$ 15,00 por família.

OPCIONAIS:

Unimed Dental = R\$ 25,00 por beneficiário.

PACOTE PROMOCIONAL

SOS Unimed + SOS Viagem + Transporte Aeromédico = R\$ 12,00 por beneficiário.

Validade 01/07/09 a 30/09/09.

Unimed Beta, Delta, e Ômega, 5% de desconto do 1º ao 6º pagamento.

Obs.: No Planmed, valor do pacote promocional somente para agregados.

Para titulares e dependentes o pacote de opcionais é gratuito.

Benefício adicional (para planos nacionais)

Seguro de Vida por morte natural = R\$ 1.203,65

Seguro de Vida por morte acidental = R\$ 2.407,30

Unimed 
Rio

○ melhor plano de saúde é viver.
○ segundo melhor é Unimed.