

Título

**TABELA DE PREÇOS PRODUTOS RD**

Código

OD-VND-030

Revisão

003

Data

/ /

Página

1 de 2

**ANEXO I - TERMO DE INCLUSÃO AO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL - PRODUTOS RD**

O valor abaixo refere-se à mensalidade do plano de saúde dos funcionários Ativos, com vínculo empregatício na Empresa Contratante.

PRODUTO:		UNIMED TEEN RD		UNIMED TEEN RD A	
Acomodação:	Q. Coletivo	Q. Individual	Q. Coletivo	Q. Individual	
Faixa Etária	<input type="checkbox"/> ANS 487.388/20-2	<input type="checkbox"/> ANS 487.390/20-4	<input type="checkbox"/> ANS 487.387/20-4	<input type="checkbox"/> ANS 487.389/20-1	
00 a 18	R\$ 123,88	R\$ 179,63	R\$ 123,88	R\$ 179,63	
19 a 23	R\$ 138,75	R\$ 201,18	R\$ 175,90	R\$ 255,06	
24 a 28	R\$ 159,55	R\$ 231,35	R\$ 175,90	R\$ 255,06	
29 a 33	R\$ 175,50	R\$ 254,48	R\$ 175,90	R\$ 255,06	
34 a 38	R\$ 207,09	R\$ 300,28	R\$ 175,90	R\$ 255,06	
39 a 43	R\$ 238,14	R\$ 345,30	R\$ 175,90	R\$ 255,06	
44 a 48	R\$ 309,57	R\$ 448,88	R\$ 309,57	R\$ 448,88	
49 a 53	R\$ 402,44	R\$ 583,53	R\$ 402,44	R\$ 583,53	
54 a 58	R\$ 539,25	R\$ 781,92	R\$ 539,25	R\$ 781,92	
59 anos ou mais	R\$ 738,79	R\$ 1.071,24	R\$ 738,79	R\$ 1.071,24	

PRODUTO:		UNIMED TRIO RD	
Acomodação:	Q. Coletivo	Q. Individual	
Faixa Etária	<input type="checkbox"/> ANS 487.420/20-0	<input type="checkbox"/> ANS 487.419/20-6	
00 a 18	R\$ 159,58	R\$ 231,39	
19 a 23	R\$ 178,72	R\$ 259,15	
24 a 28	R\$ 205,53	R\$ 298,02	
29 a 33	R\$ 226,09	R\$ 327,83	
34 a 38	R\$ 266,78	R\$ 386,84	
39 a 43	R\$ 306,80	R\$ 444,86	
44 a 48	R\$ 398,84	R\$ 578,32	
49 a 53	R\$ 518,49	R\$ 751,81	
54 a 58	R\$ 694,78	R\$ 1.007,43	
59 anos ou mais	R\$ 951,85	R\$ 1.380,19	

SERVIÇOS CONTRATADOS	VALORES
<input type="checkbox"/> SOS Unimed	R\$ 13,59
<input type="checkbox"/> Plano Medicamentos	R\$ 5,07
<input type="checkbox"/> Proteção Familiar	R\$ 7,59

Obs.: Os valores dos serviços não estão incluídos na mensalidade do plano de saúde.

**RUBRICA:**
**Validade: 01/03/2022 até 31/12/2022**

Os valores de mensalidade são referenciados da OD-EST-029 e os de serviços da OD-EST-005

Título

**TABELA DE PREÇOS PRODUTOS RD**

Código

OD-VND-030

Revisão

003

Data

/ /

Página

2 de 2

**VENCIMENTO**

As mensalidades terão como data de vencimento o dia \_\_\_\_\_ de cada mês.

**TAXA DE INSCRIÇÃO**

Será cobrado o valor de R\$ 9,00 para o titular e R\$ 6,00 para o dependente no momento da contratação.

**NOTA:**

Fica a empresa contratante responsável por informar ao usuário o valor/percentual que subsidiará no plano e fica ainda responsável por informar e/ ou disponibilizar as tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações que deverão estar disponíveis a qualquer tempo para consulta dos usuários.

Este documento complementa o Termo de Inclusão ao Contrato Coletivo Empresarial firmado entre a Unimed e a empresa contratante, na forma de contrato direto.

---

**Local e data**

, / /

---

**Assinatura do vendedor e carimbo ou código**

---

**Assinatura do responsável legal da empresa contratante**  
(Seguir a do documento de identificação apresentado)**Validade: 01/03/2022 até 31/12/2022**

Os valores de mensalidade são referenciados da OD-EST-029 e os de serviços da OD-EST-005