

**MED-TOUR®**

SAÚDE

Eficiência e
Competência!

ANS Nº 328537

TABELA DE PREÇOS

FUNCIONÁRIO PÚBLICO

PLANO INDIVIDUAL

Vigência: 01/09/2018

VALOR INDIVIDUAL (FUNCIONÁRIO PÚBLICO)**ÔNIX PREMIUM INDIVIDUAL F/P****RUBI PLUS INDIVIDUAL F/P****ESMERADA PLUS INDIVIDUAL F/P**

Fx. Etária	** Enfe.	**** Apart
0 - 18	R\$ 172,06	R\$ 215,07
19 - 23	R\$ 214,59	R\$ 268,23
24 - 28	R\$ 233,87	R\$ 292,34
29 - 33	R\$ 246,79	R\$ 308,48
34 - 38	R\$ 262,83	R\$ 328,53
39 - 43	R\$ 299,23	R\$ 374,03
44 - 48	R\$ 425,24	R\$ 531,54
49 - 53	R\$ 567,24	R\$ 709,03
54 - 58	R\$ 791,86	R\$ 989,80
59 ou mais	R\$ 1.032,20	R\$ 1.290,22

Fx. Etária	** Enfe.
0 - 18	R\$ 133,70
19 - 23	R\$ 166,75
24 - 28	R\$ 181,73
29 - 33	R\$ 191,77
34 - 38	R\$ 204,24
39 - 43	R\$ 232,52
44 - 48	R\$ 330,44
49 - 53	R\$ 440,78
54 - 58	R\$ 615,32
59 ou mais	R\$ 802,07

Fx. Etária	** Enfe.
0 - 18	R\$ 137,27
19 - 23	R\$ 171,20
24 - 28	R\$ 186,59
29 - 33	R\$ 196,89
34 - 38	R\$ 209,69
39 - 43	R\$ 238,73
44 - 48	R\$ 339,26
49 - 53	R\$ 452,55
54 - 58	R\$ 631,75
59 ou mais	R\$ 823,49

VALOR FAMILIAR (FUNCIONÁRIO PÚBLICO)**ÔNIX PREMIUM FAMILIAR F/P****RUBI PLUS FAMILIAR F/P****ESMERALDA PLUS FAMILIAR F/P**

Fx. Etária	** Enfe.	**** Apart
0 - 18	R\$ 148,00	R\$ 185,00
19 - 23	R\$ 184,58	R\$ 230,73
24 - 28	R\$ 201,17	R\$ 251,46
29 - 33	R\$ 212,28	R\$ 265,35
34 - 38	R\$ 226,08	R\$ 282,60
39 - 43	R\$ 257,39	R\$ 321,74
44 - 48	R\$ 365,78	R\$ 457,23
49 - 53	R\$ 487,92	R\$ 609,90
54 - 58	R\$ 681,13	R\$ 851,41
59 ou mais	R\$ 887,86	R\$ 1.109,83

Fx. Etária	** Enfe.
0 - 18	R\$ 115,01
19 - 23	R\$ 143,44
24 - 28	R\$ 156,33
29 - 33	R\$ 164,96
34 - 38	R\$ 175,69
39 - 43	R\$ 200,02
44 - 48	R\$ 284,25
49 - 53	R\$ 379,16
54 - 58	R\$ 529,30
59 ou mais	R\$ 689,95

Fx. Etária	** Enfe.
0 - 18	R\$ 118,08
19 - 23	R\$ 147,26
24 - 28	R\$ 160,50
29 - 33	R\$ 169,37
34 - 38	R\$ 180,38
39 - 43	R\$ 205,36
44 - 48	R\$ 291,83
49 - 53	R\$ 389,28
54 - 58	R\$ 543,43
59 ou mais	R\$ 708,37

Data de
Assinatura

Vencimento Boletó

01 a 05 do mês DIA 10 DO MÊS SUBSEQUENTE

06 a 10 do mês DIA 15 DO MÊS SUBSEQUENTE

11 a 15 do mês DIA 20 DO MÊS SUBSEQUENTE

16 a 20 do mês DIA 25 DO MÊS SUBSEQUENTE

21 a 25 do mês DIA 30 DO MÊS SUBSEQUENTE

26 a 31 do mês DIA 05 DO MÊS SUBSEQUENTE

OBSERVAÇÕES IMPORTANTESTAXA R\$ 20,00
COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO
(FUNCIONÁRIO PÚBLICO)

FUNCIONAL ou 3 ÚLTIMOS HOLLERITH

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:
RG/CPF/COMP.RES ATUALIZADO

CNS/CERT.NASC.(LEGÍVEL)

ALTA MATERNIDADE

CRIANÇAS ATÉ 3 ANOS,

(NECESSITA DE AVALIAÇÃO MÉDICA)