

PLANO BÁSICO					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
ENFERMARIA	ESTADUAL	NÃO	20%	00-18	R\$ 194,44
				19-23	R\$ 236,98
				24-28	R\$ 277,11
				29-33	R\$ 318,44
				34-38	R\$ 354,97
				39-43	R\$ 396,28
				44-48	R\$ 479,27
				49-53	R\$ 584,28
				54-58	R\$ 738,03
				+ 59	R\$ 1.044,82

PLANO BÁSICO PLUS					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
ENFERMARIA	ESTADUAL	SIM	20%	00-18	R\$ 229,92
				19-23	R\$ 272,45
				24-28	R\$ 312,57
				29-33	R\$ 353,91
				34-38	R\$ 390,45
				39-43	R\$ 431,76
				44-48	R\$ 514,77
				49-53	R\$ 619,76
				54-58	R\$ 772,41
				+ 59	R\$ 1.079,19

PLANO TIPO 1					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
APTO	NACIONAL	NÃO	20%	00-18	R\$ 286,16
				19-23	R\$ 334,74
				24-28	R\$ 394,52
				29-33	R\$ 455,28
				34-38	R\$ 529,98
				39-43	R\$ 624,99
				44-48	R\$ 760,71
				49-53	R\$ 989,76
				54-58	R\$ 1.224,81
				+ 59	R\$ 1.503,14

PLANO TIPO 1 PLUS					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
APTO	NACIONAL	SIM	20%	00-18	R\$ 321,65
				19-23	R\$ 370,20
				24-28	R\$ 429,99
				29-33	R\$ 490,75
				34-38	R\$ 565,45
				39-43	R\$ 660,44
				44-48	R\$ 796,21
				49-53	R\$ 1.025,24
				54-58	R\$ 1.259,17
				+ 59	R\$ 1.537,52

PLANO TIPO 2					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
APTO	ESTADUAL	NÃO	20%	00-18	R\$ 245,79
				19-23	R\$ 311,46
				24-28	R\$ 371,72
				29-33	R\$ 428,63
				34-38	R\$ 477,61
				39-43	R\$ 524,42
				44-48	R\$ 616,54
				49-53	R\$ 744,10
				54-58	R\$ 957,79
				+ 59	R\$ 1.366,70

PLANO TIPO 2 PLUS					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
APTO	ESTADUAL	SIM	20%	00-18	R\$ 282,43
				19-23	R\$ 346,95
				24-28	R\$ 407,22
				29-33	R\$ 464,10
				34-38	R\$ 513,09
				39-43	R\$ 559,90
				44-48	R\$ 652,01
				49-53	R\$ 779,58
				54-58	R\$ 992,19
				+ 59	R\$ 1.414,73

PLANO TIPO 3					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
ENFERMARIA	NACIONAL	NÃO	20%	00-18	R\$ 246,00
				19-23	R\$ 300,39
				24-28	R\$ 360,13
				29-33	R\$ 408,64
				34-38	R\$ 459,93
				39-43	R\$ 511,34
				44-48	R\$ 619,10
				49-53	R\$ 783,41
				54-58	R\$ 996,73
				+ 59	R\$ 1.304,29

PLANO TIPO 3 PLUS					
Acomodação	Abrangência	Assit. Odonto	Copart.	Faixa-etária	Valor
ENFERMARIA	NACIONAL	SIM	20%	00-18	R\$ 281,48
				19-23	R\$ 335,85
				24-28	R\$ 395,60
				29-33	R\$ 444,09
				34-38	R\$ 495,40
				39-43	R\$ 546,81
				44-48	R\$ 654,57
				49-53	R\$ 818,89
				54-58	R\$ 1.031,10
				+ 59	R\$ 1.338,66

Reajuste válido a partir de 01/12/2023. Termo Aditivo nº5.