

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

# Individual e familiar 30% COPARTICIPAÇÃO

**Unimed**  
Bauru

Proposta válida até 31/01/2026

ANS Nº 36965-9

## informações essenciais sobre o plano

|                                                                                                    |                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Consultas</b>                                                                                   | Sem Limitações                                                                                                                        |
| <b>Exames Simples</b><br>(laboratoriais, Raio-X, ultrassonografias, etc.)                          | Sem Limitações                                                                                                                        |
| <b>Exames Alta Complexidade</b><br>(tomografias, cardiológicos, etc.)                              | Sem Limitações                                                                                                                        |
| <b>Tratamento Ambulatorial / Terapêutico</b><br>(fisioterapias, psicólogo, nutricionista etc.)     |                                                                                                                                       |
| <b>Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI.</b>                                                     | Sem limitações de diárias, compreendendo medicamentos e materiais especiais nacionais ligados ao ato cirúrgico (Pinos, Placas, etc.). |
| <b>Cirurgias Especializadas</b><br>(cardíacas – pontes de safena, implantes de marca-passo, etc.). |                                                                                                                                       |
| <b>Transplante Renal e de Córnea</b>                                                               |                                                                                                                                       |
| <b>SOS ou Mediline</b><br>Atendimento pré-hospitalar                                               | <b>FONE 0800 772 3772</b>                                                                                                             |

### Doenças ou Lesões Pré-Existentes:

é necessário que preencha a declaração de saúde para informar sobre lesões ou doenças de que já é portador, estando sujeito aos prazos de carência estabelecidos por Lei (24 meses).

## carências

Período de aguardo para utilização de serviços do plano após o contrato.

|                                                 |                                                   |                                               |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Acidentes pessoais</b><br>5 dias uteis       | <b>Consultas e exames simples</b><br>5 dias uteis | <b>Exames de alta complexidade</b><br>60 dias |
| <b>Tratamento Ambulatorial</b><br>150 dias      | <b>Internação Clínica</b><br>180 dias             | <b>Internação Cirúrgica</b><br>180 dias       |
| <b>Quimioterapia e Radioterapia</b><br>150 dias | <b>Internação Obstétrica</b><br>300 dias          | <b>Cirurgia Cardíaca</b><br>180 dias          |
| <b>SOS Ambulância</b><br>60 dias                |                                                   |                                               |

## valores por pessoa e faixa etária

| Faixa Etária (Idade) | Coletivo Com Copart. 30% | Apto Com copart. 30% | Plano Referência c/ copart. 30% |
|----------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------------|
| 0 – 18               | R\$ 418,44               | R\$ 543,86           | R\$ 529,82                      |
| 19 – 23              | R\$ 507,98               | R\$ 660,21           | R\$ 643,17                      |
| 24 – 28              | R\$ 677,32               | R\$ 880,30           | R\$ 857,58                      |
| 29 – 33              | R\$ 806,96               | R\$ 1.048,80         | R\$ 1.021,78                    |
| 34 – 38              | R\$ 896,64               | R\$ 1.165,40         | R\$ 1.135,26                    |
| 39 – 43              | R\$ 1.006,78             | R\$ 1.308,61         | R\$ 1.274,74                    |
| 44 – 48              | R\$ 1.303,31             | R\$ 1.693,94         | R\$ 1.650,16                    |
| 49 – 53              | R\$ 1.613,87             | R\$ 2.097,63         | R\$ 2.043,36                    |
| 54 – 58              | R\$ 1.862,83             | R\$ 2.421,15         | R\$ 2.358,68                    |
| >= 59                | R\$ 2.505,45             | R\$ 3.256,45         | R\$ 3.172,35                    |

## TAXA DE INSCRIÇÃO

R\$ 25,00

### Por beneficiário na 1ª mensalidade.

1º Boleto é pago após 15 dias da vigência do plano

### Documentos necessários: (cópia simples)

- Holerite, CPF e RG
- Cartão do SUS
- Comprovante de residência
- Certidão de Casamento
- Certidão de Nascimento filhos

### Produto Opcional SOS Ambulância:

R\$ 16,86

Datas possíveis de vencimento da mensalidade [15] [20]

**precisa de mais informações?**

**Área Comercial**  
Comercial Unimed Bauru  
(14) 3235-3322  
comercial@unimedbauru.com.br

unimedbauru.com.br

**Unimed**  
Bauru

## Exemplos para cobrança de co-participações

**Contratos que incide cobrança de Coparticipação sobre consultas, SADT'S,  
(inclusive sobre os insumos p/ realizar os SADT'S).**

| Item | código   | procedimento                                          | cbhpm  | copart.<br>30% |
|------|----------|-------------------------------------------------------|--------|----------------|
| 1    | 10101012 | EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRÉESTABELECIDO) | 150,00 | R\$ 45,00      |
| 2    | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO*                                    | 195,00 | R\$ 58,50      |
| 3    | 10106146 | ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PUERICULTURA              | 230,77 | R\$ 69,23      |
| 4    | 20103484 | FISIOTERAPIA PATOLOGIA OESTEMIOARTICULAR EM UM MEM.   | 36,74  | R\$ 11,02      |
| 5    | 40101010 | ECG CONVENCIONAL                                      | 55,66  | R\$ 16,70      |
| 6    | 40101037 | TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL)  | 242,08 | R\$ 72,63      |
| 7    | 40103234 | ELETRECEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA, ANALOGICO OU.    | 182,65 | R\$ 54,80      |
| 8    | 40301400 | CALCIO                                                | 7,08   | R\$ 2,13       |
| 9    | 40301605 | COLESTEROL TOTAL                                      | 7,08   | R\$ 2,13       |
| 10   | 40302040 | GLICOSE                                               | 7,08   | R\$ 2,13       |
| 11   | 40302547 | TRIGLICERIDEOS                                        | 9,79   | R\$ 2,94       |
| 12   | 40302580 | URÉIA                                                 | 7,08   | R\$ 2,13       |
| 13   | 40303110 | PP DE FEZES PARASITOLOGICO                            | 17,29  | R\$ 5,19       |
| 14   | 40304361 | HEMOGRAMA COM PLAQUETAS                               | 15,64  | R\$ 4,70       |
| 15   | 40311210 | EAS OU URINA 1 ROTINA DE URINA                        | 15,22  | R\$ 4,57       |
| 16   | 40601110 | PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIOPSIA SIMPLES IMPRI,    | 121,27 | 36,38          |
| 17   | 40601137 | PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO     | 60,62  | 18,19          |
| 18   | 40601200 | PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA ANAMOTICA OU CI-     | 210,76 | 63,24          |
| 19   | 40802051 | RX COLUNA LOMBO SACRA – 3 INCIDENCIAS                 | 75,86  | 22,77          |
| 20   | 40805018 | RX TORAX -1 INCIDENCIA                                | 61,35  | 18,41          |
| 21   | 4080803  | RX MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL                  | 280,48 | 84,14          |
| 22   | 40901076 | USG ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE E FARMACOLOG.  | 736,94 | 221,08         |
| 23   | 40901106 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO                   | 448,98 | 134,70         |
| 24   | 40901122 | USG ABDOME TOTAL                                      | 303,28 | 90,98          |
| 25   | 40901238 | USG OBSTETRICA                                        | 136,46 | 40,94          |
| 26   | 41001010 | TC CRANCIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS                 | 451,88 | 135,56         |
| 27   | 41001095 | TC ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR PELVE E RETROPER.)   | 759,55 | 227,87         |
| 28   | 41101170 | TC ABDOME SUPERIOR                                    | 871,52 | 261,46         |
| 29   | 41101014 | RNM CRANIO (ENCEFALO)                                 | 832,36 | 249,71         |

**\*INSUMOS = Taxas, materiais, medicamentos ou quaisquer outros insumos necessários para realização dos procedimentos e/ou exames citados, inclusive para aqueles decorrentes de atendimento de urgência ou emergência.**

**\*Sábado, Domingo, Feriado e entre às 19 horas e 7 horas do dia seguinte.**

Proposta válida até 31/01/2026



[unimedbauru.com.br](http://unimedbauru.com.br)

**ANS Nº 36965-9**