

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

Individual e familiar 30% COPARTICIPAÇÃO

Unimed
Bauru

Proposta válida até 30/09/2025

ANS Nº 36965-9

informações essenciais sobre o plano

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

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.

Acidentes pessoais 5 dias uteis	Consultas e exames simples 5 dias uteis	Exames de alta complexidade 60 dias
Tratamento Ambulatorial 150 dias	Internação Clínica 180 dias	Internação Cirúrgica 180 dias
Quimioterapia e Radioterapia 150 dias	Internação Obstétrica 300 dias	Cirurgia Cardíaca 180 dias
SOS Ambulância 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) 3235-3000 | (14) 2106-3300

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. 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 30/09/2025



unimedbauru.com.br

ANS Nº 36965-9