

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

Individual e familiar 30% COPARTICIPAÇÃO

Unimed
Bauru

Proposta válida até 30/06/2026



ANS Nº 36965-9

informações essenciais sobre o plano

| | |
|--|--|
| Consultas | Sem Limitações |
| Exames Simples <i>(laboratoriais, Raio-X, ultrassonografias, etc.)</i> | Sem Limitações |
| Exames Alta Complexidade <i>(tomografias, cardiológicos, etc)</i> | Sem Limitações |
| Tratamento Ambulatorial / Terapêutico <i>(fisioterapias, psicólogo, nutricionista etc.)</i> | |
| Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI. | Sem limitações de diárias, compreendendo medicamentos e materiais especiais nacionais ligados ao ato cirúrgico (Pinos, Placas, etc). |
| Cirurgias Especializadas <i>(cardíacas – pontes de safena, implantes de marca-passo, etc).</i> | |
| 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\$ 419,73 | R\$ 532,83 | R\$ 556,31 |
| 19 – 23 | R\$ 509,55 | R\$ 646,84 | R\$ 675,36 |
| 24 – 28 | R\$ 679,43 | R\$ 862,49 | R\$ 900,49 |
| 29 – 33 | R\$ 809,48 | R\$ 1.027,55 | R\$ 1.072,89 |
| 34 – 38 | R\$ 899,44 | R\$ 1.141,77 | R\$ 1.192,19 |
| 39 – 43 | R\$ 1.009,93 | R\$ 1.282,05 | R\$ 1.338,59 |
| 44 – 48 | R\$ 1.307,39 | R\$ 1.659,51 | R\$ 1.732,80 |
| 49 – 53 | R\$ 1.618,93 | R\$ 2.055,12 | R\$ 2.145,52 |
| 54 – 58 | R\$ 1.868,67 | R\$ 2.372,06 | R\$ 2.476,78 |
| > = 59 | R\$ 2.513,31 | R\$ 3.190,36 | R\$ 3.331,08 |

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. 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 PARASITOLÓGICO | 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 ANATOMICA 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 30/06/2026



unimedbauru.com.br

ANS Nº 36965-9