

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

Individual e familiar

50%
COPARTICIPAÇÃO

Unimed
Bauru

Proposta válida até 30/04/2026



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 SEM obstetrícia 50%	APTO SEM Obstetrícia 50%	COLETIVO COM Obstetrícia 50%	APTO COM Obstetrícia 50%
0 – 18	R\$ 304,67	R\$ 396,05	R\$ 304,66	R\$ 396,06
19 – 23	R\$ 344,88	R\$ 448,36	R\$ 369,84	R\$ 480,80
24 – 28	R\$ 459,62	R\$ 597,52	R\$ 493,11	R\$ 641,04
29 – 33	R\$ 540,47	R\$ 702,63	R\$ 587,52	R\$ 763,72
34 – 38	R\$ 598,06	R\$ 777,47	R\$ 652,81	R\$ 848,62
39 – 43	R\$ 671,03	R\$ 872,31	R\$ 733,06	R\$ 952,89
44 – 48	R\$ 948,83	R\$ 1.233,46	R\$ 948,93	R\$ 1.233,42
49 – 53	R\$ 1.175,08	R\$ 1.527,40	R\$ 1.175,01	R\$ 1.527,47
54 – 58	R\$ 1.356,26	R\$ 1.763,26	R\$ 1.356,41	R\$ 1.763,03
>= 59	R\$ 1.824,21	R\$ 2.371,21	R\$ 1.824,14	R\$ 2.371,25

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

Item	código	procedimento	cbhpm	copart. 50%
1	10101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRÉESTABELECIDO)	150,00	R\$ 75,00
2	10101039	EM PRONTO SOCORRO*	195,00	R\$ 97,50
3	10106146	ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PUERICULTURA	230,77	R\$ 115,39
4	20103484	FISIOTERAPIA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEM	36,74	R\$ 18,37
5	40101010	ECG CONVENCIONAL	55,66	R\$ 27,83
6	40101037	TESTE ERGOMÉTRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL)	242,08	R\$ 121,04
7	40103234	ELETRENOCEFALOGRAFIA EM SONO E VIGÍLIA, ANALÓGICO OU	182,65	R\$ 91,33
8	40301400	CÁLCIO	7,08	R\$ 3,54
9	40301605	COLESTEROL TOTAL	7,08	R\$ 3,54
10	40302040	GLICOSE	7,08	R\$ 3,54
11	40302547	TRIGLICÉRIDEOS	9,79	R\$ 4,90
12	40302580	URÉIA	7,08	R\$ 3,54
13	40303110	PP DE FEZES PARASITOLÓGICO	17,29	R\$ 8,65
14	40304361	HEMOGRAMA COM PLAQUETAS	15,64	R\$ 7,82
15	40311210	EAS OU URINA 1 ROTINA DE URINA	15,22	R\$ 7,61
16	40601110	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES IMPRI	121,27	R\$ 60,64
17	40601137	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO	60,62	R\$ 30,31
18	40601200	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CI-	210,76	R\$ 105,38
19	40802051	RX COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDÊNCIAS	75,86	R\$ 37,93
20	40805018	RX TORAX - 1 INCIDÊNCIA	61,35	R\$ 30,68
21	4080803	RX MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	280,48	R\$ 140,24
22	40901076	USG ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGI	736,94	R\$ 368,47
23	40901106	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	448,98	R\$ 224,49
24	40901122	USG ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	303,28	R\$ 151,64
25	40901238	USG OBSTÉTRICA	136,46	R\$ 68,23
26	41001010	TC CRÂNIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	451,88	R\$ 225,94
27	41001095	TC ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPER	759,55	R\$ 379,78
28	41101170	TC ABDOME SUPERIOR	871,52	R\$ 435,76
29	41101014	RNM CRÂNIO (ENCÉFALO)	832,36	R\$ 416,18

***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 30/04/2026



unimedbauru.com.br

ANS Nº 36965-9