PROSPECTO PLANO PARTICULAR

Individual e familiar 50%

COPARTICIPAÇÃO



ANS Nº 36965-9

Unimed Bauru

Proposta válida até 30/06/2026

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 SEM obstetrícia 50% 472.075/14-0	APTO SEM Obstetrícia 50% 472.079/14-2	COLETIVO COM Obstetrícia 50% 472.076/14-8	APTO COM Obstetrícia 50% 472.074/14-1
0 – 18	R$ 334,68	R$ 476,04	R$ 339,41	R$ 473,62
19 – 23	R$ 378,89	R$ 538,89	R$ 412,02	R$ 574,96
24 – 28	R$ 504,95	R$ 718,17	R$ 549,41	R$ 766,64
29 – 33	R$ 593,76	R$ 844,56	R$ 654,56	R$ 913,34
34 – 38	R$ 657,00	R$ 934,52	R$ 727,27	R$ 1.014,86
39 – 43	R$ 737,12	R$ 1.048,52	R$ 816,64	R$ 1.139,55
44 – 48	R$ 1.042,38	R$ 1.482,65	R$ 1.057,14	R$ 1.475,14
49 – 53	R$ 1.290,81	R$ 1.835,90	R$ 1.309,01	R$ 1.826,74
54 – 58	R$ 1.489,95	R$ 2.119,27	R$ 1.510,97	R$ 2.108,51
> = 59	R$ 2.003,99	R$ 2.850,30	R$ 2.032,30	R$ 2.835,81

TAXA DE INSCRIÇÃO

R$ 25,00

Por beneficiário na 1º 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. 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 OSTEOMIOARTICULAR 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	ELETRENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGÍLIA, ANALOGICO 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	TRIGLICERIDEOS	9,79	R$ 4,90
12	40302580	URÉIA	7,08	R$ 3,54
13	40303110	PP DE FEZES PARASITOLOGICO	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 BIOPSIA 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 ANATOMICA 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 FARMACOLOGI	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 30/06/2026

Unimed Bauru

unimedbauru.com.br

ANS Nº 36965-9