

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

Individual e familiar 50% COPARTICIPAÇÃO

Unimed
Bauru

Proposta válida até 31/08/2025

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 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) 3235-3000 | (14) 2106-3300

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	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRÉESTABELECIDO)	140,04	R\$ 70,02
2	1.01.01.03-9	EM PRONTO SOCORRO*	182,05	R\$ 91,03
3	10.10.614-6	ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PUERICULTURA	217,56	R\$ 108,78
4	20103484	FISIOTERAPIA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEM	39,28	R\$ 19,64
5	40101010	ECG CONVENCIONAL	54,16	R\$ 27,08
6	4.10.1037	TESTE ERGOMÉTRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL)	248,08	R\$ 124,04
7	4.01.03.23-4	ELETRENOCEFALOGRAFIA EM SONO E VIGÍLIA, ANALÓGICO OU	181,15	R\$ 90,58
8	4.03.01.40-0	CÁLCIO	7,55	R\$ 3,78
9	4.03.01.60-5	COLESTEROL TOTAL	7,55	R\$ 3,78
10	4.03.02.0-0	GLICOSE	7,55	R\$ 3,78
11	4.03.02.54-7	TRIGLICÉRIDEOS	10,44	R\$ 5,22
12	4.03.02.58-0	URÉIA	7,55	R\$ 3,78
13	4.03.03.11-0	PP DE FEZES PARASITOLÓGICO	18,38	R\$ 9,19
14	4.03.04.36-1	HEMOGRAMA COM PLAQUETAS	16,70	R\$ 8,35
15	4.03.11.21-0	EAS OU URINA 1 ROTINA DE URINA	16,16	R\$ 8,08
16	4.06.01.11-0	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES IMPRI	118,94	R\$ 59,48
17	4.06.01.13-7	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO	59,46	R\$ 29,73
18	4.06.01.20-0	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CI-	202,50	R\$ 101,25
19	4.08.02.05-1	RX COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDÊNCIAS	75,75	R\$ 37,88
20	4.08.05.01-8	RX TORAX - 1 INCIDÊNCIA	60,24	R\$ 30,12
21	4.08.08.03	RX MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	283,15	R\$ 141,58
22	4.09.01.07-6	USG ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGI	758,66	R\$ 379,33
23	4.09.01.10-6	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	469,26	R\$ 234,63
24	4.09.01.12-2	USG ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	301,40	R\$ 150,70
25	4.09.01.23-8	USG OBSTÉTRICA	135,18	R\$ 67,59
26	4.10.01.01-0	TC CRÂNIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	483,06	R\$ 241,53
27	4.10.01.09-5	TC ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, Pelve e RETROPER	811,96	R\$ 405,98
28	4.11.01.01-4	TC ABDOME SUPERIOR	543,93	R\$ 271,97
29	41101014	RNM CRÂNIO (ENCÉFALO)	889,80	R\$ 444,90

***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 31/08/2025



unimedbauru.com.br

ANS Nº 36965-9