

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

# Individual e familiar

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 Medilíne 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).

Acidentes pessoais

VIGÊNCIA DO CONTRATO, verificar com Vendedor

Consultas exames simples

VIGÊNCIA DO CONTRATO, verificar com Vendedor

Exames 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  
60 dias

Documentos necessários:  
(cópia simples)

Holerite, CPF e RG  
Cartão do SUS  
Comprovante de residência  
Certidão de Casamento  
Certidão de Nascimento filhos

VALORES POR PESSOA  
E FAIXA ETÁRIA:  
INDIVIDUAL E FAMILIAR

INSCRIÇÃO (CARTÃO)

R\$ 25,00

POR BENEFICIÁRIO  
NA 1ª MENSALIDADE.

1º boleto é pago após 15 DIAS  
da vigência do plano

Faixa Etária	Coletivo COM Coparticipação 30%	Apto COM coparticipação 30%	Coletivo Plano REFERENCIA C/ Copart. 30%
N - 18	R\$ 321,87	R\$ 418,36	R\$ 407,55
19 - 23	R\$ 390,74	R\$ 507,88	R\$ 494,72
24 - 28	R\$ 520,97	R\$ 677,19	R\$ 659,67
29 - 33	R\$ 620,70	R\$ 806,80	R\$ 785,96
34 - 38	R\$ 689,66	R\$ 896,46	R\$ 873,28
39 - 43	R\$ 774,43	R\$ 1.006,58	R\$ 980,61
44 - 48	R\$ 1.002,46	R\$ 1.303,05	R\$ 1.269,37
49 - 53	R\$ 1.241,40	R\$ 1.613,55	R\$ 1.571,79
54 - 58	R\$ 1.432,99	R\$ 1.862,46	R\$ 1.814,38
> = 59	R\$ 1.927,28	R\$ 2.504,95	R\$ 2.440,21

Produto Opcional SOS Ambulância: R\$ 15,76

Datas possíveis de vencimento da mensalidade [15] [20]

Proposta Valida até 31/05/2024

Informações

Comercial Unimed Bauru  
(14) 3235-3300 / (14) 2106-3300

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	PROCEDIMENTOS	CBHPM	COPART.30%
1	1.01.01.01-2	EM CONSULTORIO (NO HORARIO OU PRÉ ESTABELECIDO)	131,00	R\$ 39,30
2	1.01.01.03-9	EM PRONTO SOCORRO	170,30	R\$ 51,09
3	1.01.0614-6	ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PUERICULTURA	203,52	R\$ 61,06
4	20103484	FISIOTERAPIA PATOLOGIA OESTEMIOARTICULAR EM UM MEM.	36,74	R\$ 11,02
5	40.10.10.10	ECG CONVENCIONAL	50,66	R\$ 15,20
6	4.10.01.037	TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL)	232,07	R\$ 69,62
7	4.01.03.23-4	ELETRECEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA, ANALOGICO OU.	169,46	R\$ 50,84
8	4.03.01.40-0	CALCIO	7,06	R\$ 2,12
9	4.03.01.60-5	COLESTEROL TOTAL	7,06	R\$ 2,12
10	4.03.02.04-0	GLICOSE	7,06	R\$ 2,12
11	4.03.02.54-7	TRIGLICERIDEOS	9,77	R\$ 2,93
12	4.03.02.58-0	URÉIA	7,06	R\$ 2,12
13	4.03.03.11-0	PP DE FEZES PARASITOLOGICO	17,19	R\$ 5,16
14	4.03.04-36-1	HEMOGRAMA COM PLAQUETAS	15,62	R\$ 4,69
15	4.03.11.21-0	EAS OU URINA 1 ROTINA DE URINA	15,12	R\$ 4,54
16	4.06.01.11-0	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIOPSIA SIMPLES IMPRI.	111,26	R\$ 33,38
17	4.06.01.13-7	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO	55,62	R\$ 16,69
18	4.06.01.20-0	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA ANATOMICA OU CI-	189,43	R\$ 56,83
19	4.08.02.05-1	RX COLUNA LOMBO SACRA - 3 INCIDENCIAS	70,86	R\$ 21,26
20	4.08.05.01-8	RX TORAX - 1 INCIDENCIA	56,35	R\$ 16,91
21	4.08.08.03	RX MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	264,87	R\$ 92,70
22	4.09.01.07-6	USG ECODOPPLERCARGIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLOG.	709,69	R\$ 248,39
23	4.09.01.10-6	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	438,97	R\$ 153,64
24	4.09.01.12-2	USG ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	281,95	R\$ 98,68
25	4.09.01.23-8	USG OBSTETRICA	126,45	R\$ 44,26
26	41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	451,88	R\$ 135,56
27	4.10.01.09-5	TC ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR PELVE E RETROPER.)	759,55	R\$ 265,84
28	41001109	TC ABDOME SUPERIOR	508,82	R\$ 152,65
29	41101014	RNM CRANIO (ENCEFALO)	832,36	R\$ 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 Valida até 31/05/2024

ANS N° 36965-9



unimedbauru.com.br

Realizar e realizar