

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

5 DIAS UTÉS

Consultas exames simples

5 DIAS UTÉS

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

TAXA DE INSCRIÇÃO

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 31/07/2024

Informações

Setor Comercial
R: GUSTAVO MACIEL -11-30
(14) 2106-3300 / 0800 770 0475

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 31/07/2024

ANS N° 36965-9



unimedbauru.com.br

Realizar e realizar