

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

Individual e familiar

Consultas

Sem limitações

Exames Simples

(laboratoriais, Raio-X, ultrassonografias, etc.)

Sem limitações

Exames Alta Complexidade

(tomografias, cardiográficos, 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 ÚTEIS

Consultas exames simples

5 DIAS ÚTEIS

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 sem
Obstetria
50%

APTO SEM
Obstetria
50%

COLETIVO
com Obstetria
50%

APTO COM
Obstetria
50%

N - 18	R\$ 247,61	R\$ 321,89	R\$ 247,62	R\$ 321,88
19 - 23	R\$ 280,31	R\$ 364,40	R\$ 300,59	R\$ 390,75
24 - 28	R\$ 373,57	R\$ 485,64	R\$ 400,79	R\$ 520,99
29 - 33	R\$ 439,28	R\$ 571,05	R\$ 477,52	R\$ 620,72
34 - 38	R\$ 486,06	R\$ 631,89	R\$ 530,56	R\$ 689,68
39 - 43	R\$ 545,38	R\$ 708,98	R\$ 595,81	R\$ 774,45
44 - 48	R\$ 771,21	R\$ 1.002,54	R\$ 771,24	R\$ 1.002,48
49 - 53	R\$ 954,99	R\$ 1.241,40	R\$ 955,02	R\$ 1.241,43
54 - 58	R\$ 1.102,29	R\$ 1.432,99	R\$ 1.102,33	R\$ 1.432,90
> = 59	R\$ 1.482,55	R\$ 1.927,28	R\$ 1.482,60	R\$ 1.927,16

Produto Opcional SOS Ambulância:

R\$ 15,76

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

Proposta Valida até 31/07/2024

Informações

Comercial Unimed Bauru
R: Gustavo maciel, 11-30
(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	COPARTI.50%
1	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO(NO HORARIO NORMAL OU PRÉ ESTABELECIDO)	131,00	R\$ 65,50
2	1.01.01.03-9	EM PRONTO SOCORRO*	171,30	R\$ 85,15
3	10.10.614-6	ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PUERICULTURA	203,52	R\$ 101,76
4	20103484	FISIOTERAPIA PATOLOGIA OSTEMIOARTICULAR EM UM MEM.	36,74	R\$ 18,37
5	40101010	ECG CONVENCIONAL	50,66	R\$ 25,33
6	4.10.1037	TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO(INCLUI ECG BASAL)	232,07	R\$ 116,04
7	4.01.03.23-4	ELETRECEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA, ANALOGICO OU.	169,46	R\$ 84,73
8	4.03.01.40-0	CÁLCIO	7,06	R\$ 3,53
9	4.03.01.60-5	COLESTEROL TOTAL	7,06	R\$ 3,53
10	4.03.02.0-0	GLICOSE	7,06	R\$ 3,53
11	4.03.02.54-7	TRIGLICERIDEOS	9,77	R\$ 4,89
12	4.03.02.58-0	URÉIA	7,06	R\$ 3,53
13	4.03.03.11-0	PP DE FEZES PARASITOLOGICO	17,19	R\$ 8,60
14	4.03.04.36-1	HEMOGRAMA COM PLAQUETAS	15,62	R\$ 7,81
15	4.03.11.21-0	EAS OU URINA 1 ROTINA DE URINA	15,02	R\$ 7,56
16	4.06.01-110	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIOPSIA SIMPLES IMPRI.	111,26	R\$ 55,63
17	4.06.01.13-7	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO.	55,62	R\$ 27,81
18	4.06.01.20-0	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA ANATOMICA OU CI-	189,43	R\$ 94,72
19	4.08.02.05-1	RX COLUNA LOMBO SACRA 3 INCIDENCIAS	70,86	R\$ 35,43
20	4.08.05.01-8	RX TORAX -1 INCIDENCIA	56,35	R\$ 28,18
21	4.08.08.03	RX MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	264,87	R\$ 132,44
22	4.09.01.07-6	USGECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLOGI.	709,69	R\$ 354,85
23	4.09.01.10-6	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	438,97	R\$ 219,49
24	4.09.01.12-2	USG ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	281,95	R\$ 140,98
25	4.09.01.23-8	USG OBSTETRICA	126,45	R\$ 63,23
26	4.10.01.01-0	TC CRÂNIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	451,88	R\$ 225,94
27	4.10.01.09-5	TC ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR PELVE E RETROPER.)	759,55	R\$ 379,78
28	41001109	TC ABDOME SUPERIOR	508,82	R\$ 254,41
29	41101014	RNM CRANIO (ENCEFALO)	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 Valida até 31/07/2024

ANS Nº 36965-9



unimedbauru.com.br

Unimed Bauru