

PROSPECTO PLANO PARTICULAR

Individual e familiar

30% COPARTICIPAÇÃO

Unimed
Bauru

Proposta válida até 30/09/2024

ANS Nº 36965-9

informações essenciais sobre o plano

Consultas	Sem Limitações
Exames Simples <i>(laboratoriais, Raio-X, ultrassonografias, etc.)</i>	Sem Limitações
Exames Alta Complexidade <i>(tomografias, cardiológicos, etc.)</i>	Sem Limitações
Tratamento Ambulatorial / Terapêutico <i>(fisioterapias, psicólogo, nutricionista etc.)</i>	
Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI.	Sem limitações de diárias, compreendendo medicamentos e materiais especiais nacionais ligados ao ato cirúrgico (Pinos, Placas, etc.)
Cirurgias Especializadas <i>(cardíacas – pontes de safena, implantes de marca-passo, etc.)</i>	
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	Coletivo Com Copart. 30%	Apto Com copart. 30%	Plano Referência c/ copart. 30%
N – 18	R\$ 370,14	R\$ 481,11	R\$ 468,66
19 – 23	R\$ 449,33	R\$ 584,03	R\$ 568,92
24 – 28	R\$ 599,09	R\$ 778,71	R\$ 758,61
29 – 33	R\$ 713,76	R\$ 927,75	R\$ 903,84
34 – 38	R\$ 793,05	R\$ 1.030,89	R\$ 1.004,21
39 – 43	R\$ 890,51	R\$ 1.157,56	R\$ 1.127,68
44 – 48	R\$ 1.152,79	R\$ 1.498,49	R\$ 1.459,75
49 – 53	R\$ 1.427,61	R\$ 1.855,53	R\$ 1.807,52
54 – 58	R\$ 1.647,84	R\$ 2.141,76	R\$ 2.086,49
> = 59	R\$ 2.216,31	R\$ 2.880,57	R\$ 2.806,17

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\$ 15,76

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

precisa de mais informações?

Área Comercial Unimed Bauru
comercial@unimedbauru.com.br
(14) 3235-3000 | (14) 2106-3300
fernandald@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. 30%
1	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRÉESTABELECIDO)	140,04	R\$ 42,01
2	1.01.01.03-9	EM PRONTO SOCORRO*	182,05	R\$ 54,62
3	1.01.0614-6	ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PUERICULTURA	217,56	R\$ 65,27
4	20103484	FISIOTERAPIA PATOLOGIA OESTEMIOARTICULAR EM UM MEM.	39,28	R\$ 11,78
5	40.10.10.10	ECG CONVENCIONAL	54,16	R\$ 16,25
6	4.10.01.037	TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL)	248,08	R\$ 74,42
7	4.01.03.23-4	ELETRECEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA, ANALOGICO OU.	181,15	R\$ 54,35
8	4.03.01.40-0	CALCIO	7,55	R\$ 2,27
9	4.03.01.60-5	COLESTEROL TOTAL	7,55	R\$ 2,27
10	4.03.02.04-0	GLICOSE	7,55	R\$ 2,27
11	4.03.02.54-7	TRIGLICERIDEOS	10,44	R\$ 3,13
12	4.03.02.58-0	URÉIA	7,55	R\$ 2,27
13	4.03.03.11-0	PP DE FEZES PARASITOLÓGICO	18,38	R\$ 5,51
14	4.03.04.36-1	HEMOGRAMA COM PLAQUETAS	16,70	R\$ 5,01
15	4.03.11.21-0	EAS OU URINA 1 ROTINA DE URINA	16,16	R\$ 4,85
16	4.06.01.11-0	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIOPSIA SIMPLES IMPRI,	118,94	R\$ 35,68
17	4.06.01.13-7	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO	59,46	R\$ 17,84
18	4.06.01.20-0	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA ANATOMICA OU CI-	202,50	R\$ 60,75
19	4.08.02.05-1	RX COLUNA LOMBO SACRA - 3 INCIDENCIAS	75,75	R\$ 22,73
20	4.08.05.01-8	RX TORAX -1 INCIDENCIA	60,24	R\$ 18,07
21	4.08.08.03	RX MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	283,15	R\$ 84,95
22	4.09.01.07-6	USG ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE E FARMACOLOG.	758,66	R\$ 227,60
23	4.09.01.10-6	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	469,26	R\$ 140,78
24	4.09.01.12-2	USG ABDOME TOTAL	301,40	R\$ 90,42
25	4.09.01.23-8	USG OBSTETRICA	135,18	R\$ 40,55
26	41001010	TC CRANCIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	483,06	R\$ 144,92
27	4.10.01.09-5	TC ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR PELVE E RETROPER.)	811,96	R\$ 243,59
28	41001109	TC ABDOME SUPERIOR	543,93	R\$ 163,18
29	41101014	RNM CRANIO (ENCEFALO)	889,80	R\$ 266,94

***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 30/09/2024



unimedbauru.com.br

ANS Nº 36965-9