

# PLANOS UNIMED SUDOESTE

COM MUITO MAIS VANTAGENS PARA OS SERVIDORES PÚBLICOS DA BAHIA.

**Unimed**   
Sudoeste

ANS - nº 35.037-1



PLANO	ESSENCIAL PRATA	ESSENCIAL OURO	UNIFÁCIL ADESÃO SILVER	UNIFÁCIL ADESÃO GOLD	UNIMED ESTADUAL SUPER ADESÃO - ENF	UNIMED ESTADUAL SUPER ADESÃO - APT	
	COM COPARTICIPAÇÃO						
COBERTURA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA						
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
ABRANGÊNCIA	GRUPO DE MUNICÍPIOS		GRUPO DE MUNICÍPIOS		ESTADUAL		
CÓDIGO ANS	480.530/18-5	480.529/18-1	457.230/08-1	457.229/08-7	486.641/20-0	486.637/20-1	
FAIXA ETÁRIA	0 a 18 anos	R\$ 200,04	R\$ 242,91	R\$ 221,23	R\$ 268,48	R\$ 275,31	R\$ 338,51
	19 a 23 anos	R\$ 229,99	R\$ 279,30	R\$ 254,33	R\$ 308,68	R\$ 316,51	R\$ 389,23
	24 a 28 anos	R\$ 264,55	R\$ 321,24	R\$ 292,56	R\$ 355,04	R\$ 364,07	R\$ 447,66
	29 a 33 anos	R\$ 304,23	R\$ 369,43	R\$ 336,43	R\$ 408,30	R\$ 418,69	R\$ 514,82
	34 a 38 anos	R\$ 334,64	R\$ 406,37	R\$ 370,08	R\$ 449,12	R\$ 460,55	R\$ 566,29
	39 a 43 anos	R\$ 384,77	R\$ 467,23	R\$ 425,52	R\$ 516,39	R\$ 529,56	R\$ 651,12
	44 a 48 anos	R\$ 489,97	R\$ 594,98	R\$ 541,86	R\$ 657,57	R\$ 674,33	R\$ 829,14
	49 a 53 anos	R\$ 651,70	R\$ 791,40	R\$ 720,72	R\$ 874,67	R\$ 896,93	R\$ 1.102,85
	54 a 58 anos	R\$ 866,79	R\$ 1.052,53	R\$ 958,57	R\$ 1.163,30	R\$ 1.192,92	R\$ 1.466,78
	59 anos ou mais	R\$ 1.199,97	R\$ 1.457,13	R\$ 1.327,04	R\$ 1.610,47	R\$ 1.651,48	R\$ 2.030,62



**ASSERP**  
SUDOESTE

SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA

TAXA ASSOCIATIVA: R\$ 7,00/MÊS

REAJUSTE: AGOSTO 2025

DATA DE VIGÊNCIA: 01 E 15

VENCIMENTO: 01 E 15



**CLIQUE AQUI**   
**PARA VENDER**

## QUEM PODE ADERIR?

Todos os servidores públicos da Bahia.

- Cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão do associado.

## TITULAR

- Declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão do associado;

- Cópia do RG e CPF;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

## DEPENDENTES

### Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

### Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a) e do titular, endereço, tempo de convívio, assinatura de 02 (duas) testemunhas com reconhecimento de firma do titular e do(a) companheiro(a), ou escritura pública de união estável ou outros documentos diversos dos citados anteriormente, indicados pela Unimed, que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

**Filhos(as) solteiros(as) até 30 anos incompletos, naturais, adotivos(as), com guarda provisória, definitiva ou tutelados(as) na forma da lei; filhos(as) incapazes e/ou inválidos(as) legalmente reconhecidos**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;

### Netos até 18 anos incompletos:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG e CPF obrigatório;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;

- Obrigatório para dependentes, documento de vínculo com o titular do plano.

### Termo de adoção/guarda judicial

- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

**ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CPF E CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).**

## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTO	TODOS OS PRODUTOS
Consultas Médicas	50% limitado a R\$ 35,00
Exames e Terapias Grupo 0	50% limitado a R\$ 4,99
Exames e Terapias Grupo I	50% limitado a R\$ 9,99
Exames e Terapias Grupo II	50% limitado a R\$ 19,99
Exames e Terapias Grupo III	50% limitado a R\$ 39,99
Exames e Terapias Grupo IV	50% limitado a R\$ 59,99
Limite de cobrança na Fatura Mensal	R\$ 250,00
Exames e Terapias Grupo V	50% - sem limite de cobrança mensal
Franquia de internação Estadual	R\$ 300,00

As cobranças de coparticipação referentes às consultas e exames/ terapias correspondentes aos Grupos de 0, I, II, III e IV estão limitadas à cobrança mensal no importe de R\$ 250,00. Caso o valor mensal das referidas coparticipações ultrapasse a quantia informada, o saldo remanescente será cobrado nos meses subsequentes, obedecendo a limitação de R\$ 250,00, até que haja quitação total dos valores das coparticipações.

## VIGÊNCIA

ADESÃO	VIGÊNCIA	VENCIMENTO
De 01 a 15	Dia 01 do 1º mês subsequente	Todo dia 01
De 16 a 31	Dia 15 do 1º mês subsequente	Todo dia 15

## PRAZOS DE CARÊNCIAS

PROCEDIMENTO	CARÊNCIA CONTRATUAL	CARÊNCIA PROMOCIONAL
Urgência e emergência / acidente pessoal.	24 horas	Isento
Consultas médicas, análises clínicas e Raio-X simples.	30 dias	Isento
Ultrassonografia.	90 dias	30 dias
Procedimentos e exames especiais.	180 dias	180 dias
Internações clínicas cirúrgicas.	180 dias	180 dias
Acomodação em quarto privativo.	180 dias	180 dias
Transplante de rim, córnea e medula óssea.	180 dias	180 dias
Partos a Termo.	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária.	720 dias	720 dias

Carências válidas apenas para a massa de contratação, não se estendendo a futuras inclusões ao contrato firmado.

**CARÊNCIA CONTRATUAL** - Fica estabelecido o quadro, que deverá ser observado por prazo indeterminado para todo plano de saúde ora contratado caso o beneficiário não seja incluso nas demais regras estabelecidas.

**CARÊNCIA PROMOCIONAL** - Válidas apenas para beneficiários a partir de 19 anos, por prazo indeterminado para todo plano de saúde ora contratado.