

# 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\$ 220,74	R\$ 268,05	R\$ 244,13	R\$ 296,27	R\$ 303,80	R\$ 373,55
	19 a 23 anos	R\$ 253,79	R\$ 308,21	R\$ 280,65	R\$ 340,63	R\$ 349,27	R\$ 429,52
	24 a 28 anos	R\$ 291,93	R\$ 354,49	R\$ 322,84	R\$ 391,79	R\$ 401,75	R\$ 493,99
	29 a 33 anos	R\$ 335,72	R\$ 407,67	R\$ 371,25	R\$ 450,56	R\$ 462,02	R\$ 568,10
	34 a 38 anos	R\$ 369,28	R\$ 448,43	R\$ 408,38	R\$ 495,60	R\$ 508,22	R\$ 624,90
	39 a 43 anos	R\$ 424,59	R\$ 515,59	R\$ 469,56	R\$ 569,84	R\$ 584,37	R\$ 718,51
	44 a 48 anos	R\$ 540,68	R\$ 656,56	R\$ 597,94	R\$ 725,63	R\$ 744,12	R\$ 914,96
	49 a 53 anos	R\$ 719,15	R\$ 873,31	R\$ 795,31	R\$ 965,20	R\$ 989,76	R\$ 1.216,99
	54 a 58 anos	R\$ 956,50	R\$ 1.161,47	R\$ 1.057,78	R\$ 1.283,70	R\$ 1.316,39	R\$ 1.618,59
	59 anos ou mais	R\$ 1.324,17	R\$ 1.607,94	R\$ 1.464,39	R\$ 1.777,15	R\$ 1.822,41	R\$ 2.240,79



**ASSERP  
SUDOESTE**

SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA

TAXA ASSOCIATIVA: R\$ 3,00/MÊS

REAJUSTE: AGOSTO 2026

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\$ 38,62
Exames e Terapias Grupo 0	50% limitado a R\$ 5,51
Exames e Terapias Grupo I	50% limitado a R\$ 11,02
Exames e Terapias Grupo II	50% limitado a R\$ 22,06
Exames e Terapias Grupo III	50% limitado a R\$ 44,13
Exames e Terapias Grupo IV	50% limitado a R\$ 66,20
Limite de cobrança na Fatura Mensal	R\$ 275,88
Exames e Terapias Grupo V	50% - sem limite de cobrança mensal
Franquia de internação Estadual	R\$ 331,05

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\$ 275,88. Caso o valor mensal das referidas coparticipações ultrapasse a quantia informada, o saldo remanescente será cobrado nos meses subsequentes, obedecendo a limitação de R\$ 275,88, 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
Covertura 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.