



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO

V. 2022.08.02



ANS - nº41745-9

ANS - nº38.525-5

Folha 1/2

Objeto

Este aditivo tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, o prazo de carência, contado a partir do início de vigência contratual, durante o qual o beneficiário não terá acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta de Adesão, observados os planos escolhidos e as faixas etárias. Os prazos das carências reduzidas indicados no Aditivo de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos da Operadora.

Dos novos prazos para carência

Para início da utilização dos serviços contratados, os beneficiários deverão cumprir os prazos de carência, conforme descrito abaixo:

Cobertura	PADRÃO 3678	3679	3680
Urgência e Emergências	24h	24h	24h
Consultas e Exames Básicos: Consultas eletivas em consultório, Clínica ou centro médico. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raio X sem contraste e eletrocardiograma.	180 dias	15 dias	zero
Exames especializados: Citologia Oncótica (Papanicolau), Colposcopia e Vulvoscopia, Peniscopía, Teste Ergométrico, Holter, Broncoscopia, Prova de Função Pulmonar, Otoneurológico completo.	180 dias	30 dias	zero
Terapias e procedimentos ambulatoriais: Cirurgias Ambulatoriais com Anestesia Local, Fisioterapia, Acupuntura, Fonoaudiologia, Psicologia e/ou Psicoterapia e Nutricionista.	180 dias	60 dias	15 dias
Exames de Alta Complexidade: Provas alérgicas, Mamografia, Ecocardiograma Convencional Colonoscopia, Anuscopia, Retossigmoidoscopia, Eletroencefalograma, Densitometria Óssea, Ultrassonografias Morfológico, Ultrassonografia com Doppler, Endoscopia Digestiva, Eletroneuromiografia, Bera, Raio X Contrastado ou Panorâmico, Líquor, Litotripsia Extracorpórea, Polissonografia, Mapeamento Cerebral, Histerosalpingografia, PAAF.	180 dias	90 dias	30 dias
Internações e procedimentos de Alta Complexidade: Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de Alta Complexidade conforme definidos pelo Rol de procedimentos RN Nº387/15 e suas atualizações, como Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angio-RM, Angiotomografia, OCT, Cintilografia, Angioplastia, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, entre outros.	180 dias	120 dias	60 dias
Terapias especiais: Método Padovan, Método Teacch, Método ABA, Modelo SCERTS, Método PECS, Método Floortime, Programa Son-Rise, Técnicas dos portfólios do Projeto: Autismo e educação de Simone Helen Drumond Ischkanian, Método Bobath, Método Therasuit, Método Prompt, Método podd, Cuevas Medeck, e Exames Genéticos Bioquímico ou molecular.	180 dias	180 dias	180 dias
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Doença(s) e Lesão(ões) Preexistente(s)	720 dias	720 dias	720 dias



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO



ANS - nº41745-9

ANS - nº38.525-5

Critérios:

- 3678** | Carência contratual
- 3679** | Válido para novos beneficiários.
- 3680** | Válido para beneficiários com, no mínimo **06 (seis) meses** de plano anterior nas operadoras congêneres.

Congêneres Participantes

Todas as seguradoras e/ou operadoras e devidamente regulamentadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Documentação Obrigatória

Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior carimbada e assinada (atualizada e original) de cada beneficiário relacionado abaixo:

	Dados Cadastrais	Operadora atual	Plano atual	Desde	Último pagamento	Código da carência a cumprir
Titular						
Dep 1						
Dep 2						
Dep 3						
Dep 4						
Dep 5						

Termo de Responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da Unihosp. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas nesta proposta e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular / responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável