



ADITIVO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS COLETIVO POR ADESÃO

v.2024.06.1



ANS - n° 41728-9

ANS N°32051-0

Folha 01/02

## 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 indicados no Aditivo 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:

Grupo de Benefícios	Carência Contratual 3955	Redução de Carência 3956	Redução de Carência 3957
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas	10 dias	24 horas	24 horas
Exames Simples	30 dias	24 horas	24 horas
Exames especiais e terapias	180 dias	180 dias	24 horas
Cirurgia e internação em UTI	180 dias	180 dias	24 horas
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Doença e lesão preexistente	730 dias	730 dias	730 dias

- 3955** Válido para todos os beneficiários.
- 3956** Válido para beneficiários que fizeram a adesão com início de vigência contratual **até Junho de 2025**.
- 3957** Válido para beneficiários com tempo de permanência de no mínimo 12 (doze) meses na operadora anterior congênere.



ADITIVO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS COLETIVO POR ADESÃO



ANS - n° 41728-9

ANS N°32051-0

Folha 02/02

## Congêneres Participantes

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

## Documentação Obrigatória

Cópia da proposta do plano anterior ou carteirinha contendo data de início do plano.

Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último boleto quitado não poderá ultrapassar 60 (sessenta) dias entre a data do seu pagamento e a data de início da vigência da proposta Ativia Saúde .

	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 **Ativia Saúde**. 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