



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA
E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA
CONTRATOS - COLETIVO POR ADESÃO

V.2023.11.1

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 42.276-2

Folha 01/02

Objeto

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, informação sobre os prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo os beneficiários dependentes, após análise e observados os **planos escolhidos** e as **faixas etárias**.

Dos novos prazos para carência

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

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA CONTRATUAL 3700	REDUÇÃO DE CARÊNCIA 3958
Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;	24 horas	24 horas
Consultas médicas eletivas;	30 dias	24 horas
Exames simples	60 dias	24 horas
Exames e procedimentos ambulatoriais de baixa e média complexidade;	60 dias	24 horas
Cirurgias, inclusive ambulatoriais; internações; terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, psicoterapeuta, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e acupuntura;	180 dias	180 dias
Exames e procedimentos de alta complexidade, assim definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; demais casos;	180 dias	180 dias
Parto a termo;	300 dias	300 dias
CPT	720 dias	720 dias

3700 Carência Contratual

3958 Redução de carência válida para todos os beneficiários que ingressarem no plano contratado.

allcare

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA
E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA
CONTRATOS - COLETIVO POR ADESÃO

benevida

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 42.276-2

Folha 02/02

Operadoras Congêneres

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

BENEFICIÁRIO	CÓDIGO DE CARÊNCIA
Titular	
Dependente 1	
Dependente 2	
Dependente 3	
Dependente 4	
Dependente 5	
Dependente 6	

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 Unimed Leste Fluminense. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular / responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável