



ANS - n°41728-9

ANS N°30.326-7

Objeto

Este aditivo em tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos no Formulário 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.

Tabela de Carências

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

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA CONTRATUAL 3946	REDUÇÃO 3929	REDUÇÃO 3930
Urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas eletivas	180 dias	30 dias	24 horas
Exames simples	180 dias	30 dias	24 horas
Exames especiais	180 dias	90 dias	24 horas
Terapias Simples	180 dias	180 dias	180 dias
Terapias de alta complexidade - PAC	180 dias	180 dias	180 dias
Internações clínicas, cirúrgicas e UTIs	180 dias	180 dias	180 dias
Procedimentos ambulatoriais	180 dias	180 dias	24 horas
Internações Psiquiatrias	180 dias	180 dias	180 dias
Transplantes	180 dias	180 dias	180 dias
Partos a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária – CPT	730 dias	730 dias	730 dias



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



ANS - n°41728-9

ANS N°30.326-7

3929 Válido para beneficiários com menos de 12 meses no plano anterior e beneficiários sem plano anterior.

3930 Válido para beneficiários com mais de 12 meses no plano anterior. Para ter direito a redução é necessário apresentar carta de permanência com até 30 dias de emissão, devidamente assinada e datada junto à operadora anterior.

Operadoras Congêneres

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

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 JUNDIAI. 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