



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS - COLETIVO EMPRESARIAL ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS

/ V. 2022.05.1



ANS - nº 41728-9

ANS-nº 33967-9

## Objeto

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, a concessão de redução dos 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. A redução de carências somente será aplicada para as vidas que se enquadrem nos requisitos comerciais estabelecidos, devidamente comprovados no momento da venda, não ocorrendo compra de carências para as vidas posteriormente incluídas em rotina de movimentação cadastral.

**Este aditivo de redução de carência somente se aplica aos contratos com contingente entre 01 a 29 vidas.**

## Objeto 1

A redução de carência prevista na Tabela abaixo, aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos abaixo:

- a)** o beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de Plano Referência ou Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia de Operadora Congênere conforme objeto 2 deste comunicado. Plano Referência ou Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia de outra Unimed do Sistema ou de um dos clientes da Central Nacional Unimed, cuja carteirinha inicia com "0865";
- b)** a exclusão de contrato e a inclusão no contrato ora aditado não poderá ter um intervalo superior a:
  - b.1)** 60 (sessenta) dias para os casos de usuários oriundos de Operadora Congênere.
  - b.2)** 30 (trinta) dias para os casos de usuários oriundos de outra Unimed do Sistema ou de um dos clientes da Central Nacional Unimed, cuja carteirinha se inicia com a numeração "0865".
- c)** o beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, por período superior a 6 (seis) meses.

## Objeto 2

**Ficam estabelecidas as seguintes Operadoras Congêneres para efeito deste Termo Aditivo:** Allianz, Amealplan, Amil, APS – Assistência Personalizada à Saúde (GrupoAmil), Assefaz, BB Seguros, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa), Care Plus, Cassi, Dix Saúde, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Geap, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Green Line, Hapvida, Hospital Adventista, Humana, Assistência Médica Ltda, Ideal Saúde, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, MedSenior, Nordeste Saúde, Omint, One Health, Pame, Pasa (Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da Vale), PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano), Plena Saúde, Porto Seguro, Prevent Sênior, Promédica, Quality Pró Saúde, SAMEL, Santa Helena, São Cristóvão, Saúde Caixa, Saúde Casseb, Saúde Sim, Slam, Smile, Sompó Seguros, Sul América, Transmontano, União Médica, Unihosp e Vitallis.

## Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos** e as **faixas etárias**. Os prazos das carências são válidos apenas na contratação dos produtos **Clássico, Estilo, Absoluto Superior e Exclusivo**.



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS - COLETIVO EMPRESARIAL ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS



ANS - nº 41728-9

ANS-nº 33967-9

## Dos novos prazos para carência

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA PADRÃO 3136	REDUÇÃO PARCIAL 3137	REDUÇÃO PARCIAL 3138
Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial	24 horas	24 horas	0
Consultas Eletivas	30 dias	24 horas	0
Exames Simples	30 dias	24 horas	0
Exames complexos (exames classificados no rol de procedimentos da ANS como PAC ou com DUT)	180 dias	90 dias	0
Terapias	180 dias	90 dias	0
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias	90 dias	0
Tratamento Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias	150 dias	0
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 dias	150 dias	0
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados com Doenças ou Lesões Preexistentes	24 meses	24 meses	24 meses



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS - COLETIVO EMPRESARIAL ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS



ANS - nº 41728-9

ANS-nº 33967-9

3136

### Carência Contratual

#### A tabela de redução de carência aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos:

a) O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de Plano Referência ou Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia de Operadora Congênera. A exclusão do contrato celebrado com a Operadora Congênera e a inclusão no CONTRATO ora aditado não poderá ter um intervalo superior a **60 (sessenta)** dias;

3137

b) Ficam estabelecidas as seguintes Operadoras Congêneras para efeito deste aditamento:

Allianz, Amepplan, Amil, APS – Assistência Personalizada à Saúde (GrupoAmil), Assefaz, BB Seguros, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa), Care Plus, Cassi, Dix Saúde, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Geap, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Green Line, Hapvida, Hospital Adventista, Humana, Assistência Médica Ltda, Ideal Saúde, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, MedSenior, Nordeste Saúde, Omint, One Health, Pame, Pasa (Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da Vale), PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano), Plena Saúde, Porto Seguro, Prevent Sênior, Promédica, Quality Pró Saúde, SAMEL, Santa Helena, São Cristóvão, Saúde Caixa, Saúde Casseb, Saúde Sim, Slam, Smile, Sompço Seguros, Sul América, Transmontano, União Médica, Unihosp e Vitallis.

c) O beneficiário deverá ter ficado cadastrado no contrato anterior mantido com a Operadora Congênera, pelo tempo de **06 (seis) a 11 (onze)** meses.

#### A tabela de redução de carência aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos:

a) O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de Plano Referência ou Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia de Operadora Congênera. A exclusão do contrato celebrado com a Operadora Congênera e a inclusão no CONTRATO ora aditado não poderá ter um intervalo superior a **60 (sessenta)** dias;

3138

b) Ficam estabelecidas as seguintes Operadoras Congêneras para efeito deste aditamento:

Allianz, Amepplan, Amil, APS – Assistência Personalizada à Saúde (GrupoAmil), Assefaz, BB Seguros, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa), Care Plus, Cassi, Dix Saúde, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Geap, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Green Line, Hapvida, Hospital Adventista, Humana, Assistência Médica Ltda, Ideal Saúde, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, MedSenior, Nordeste Saúde, Omint, One Health, Pame, Pasa (Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da Vale), PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano), Plena Saúde, Porto Seguro, Prevent Sênior, Promédica, Quality Pró Saúde, SAMEL, Santa Helena, São Cristóvão, Saúde Caixa, Saúde Casseb, Saúde Sim, Slam, Smile, Sompço Seguros, Sul América, Transmontano, União Médica, Unihosp e Vitallis.

c) O beneficiário deverá ter ficado cadastrado no contrato anterior mantido com a Operadora Congênera, pelo tempo mínimo de **12 (doze)** meses.

## Documentação Obrigatória

### Serão exigidos os seguintes documentos para que ocorra a redução das carências ora estabelecida:

- 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados, não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago;
- Cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;
- Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como: data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra "a" e "b" acima). A validade da carta será de 60 (sessenta) dias contados de sua emissão.
- Carta da Administradora de Benefícios contendo todos os dados do contrato anterior (data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento, data de exclusão/cancelamento e cópia frente e verso da carteira do beneficiário). A validade da carta será de 60 (sessenta) dias, contados de sua emissão.

## 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 CENTRAL NACIONAL UNIMED. 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: \_\_\_\_\_

Rubrica

1ª via: **AllCare** 2ª via: **titular**