



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS EMPRESARIAIS - ATÉ 29 VIDAS

v.2023.01.1



ANS - n°41745-9

ANS - n°34.388-9

Objeto

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, a concessão de redução dos prazos de carência de acordo com os critérios aqui descritos após validação dos documentos apresentados pelo contratante com contingente de até 29 vidas.

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 reduzidas dos Aditivos de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos da operadora.

Dos 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 3519	CARÊNCIA REDUZIDA 3520
Urgência e emergência	24 horas	24 horas
Consultas e Exames básicos de diagnósticos e terapia	30 dias	Isento
Cirurgias ambulatoriais	120 dias	120 dias
Exames especiais de diagnóstico, terapia e fisioterapia	180 dias	180 dias
Demais cirurgias	180 dias	180 dias
Diálise e hemodiálise	180 dias	180 dias
Internações	180 dias	180 dias
Demais procedimentos e terapias	180 dias	180 dias
Parto	300 dias	300 dias
Transporte aeromédico	60 dias	60 dias*
Tratamentos odontológicos	90 dias	90 dias*

* Se aderido no contingente inicial os opcionais odontológico ou aeromédico, haverá isenção das carências.



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS EMPRESARIAIS - ATÉ 29 VIDAS



ANS - n°41745-9

ANS - n°34.388-9

- 3519** Carência contratual - válido para todos os beneficiários.
- 3520** Carência reduzida válida para contratos de 01 até 29 beneficiários.
- 3163** Aproveitamento de carências conforme regra abaixo da operadora:

TIPO DE CLIENTES	CONDIÇÕES
1 Clientes advindos da Unimed BH de planos não regulamentados	Haverá aproveitamento das carências proporcional ao tempo já cumprido no contrato anterior. Caso o beneficiário tenha menos de 2 anos no contrato anterior haverá cumprimento de carência para novos procedimentos.
2 Clientes advindos do Sistema Unimed	Haverá aproveitamento das carências proporcional ao período já cumprido na operadora de origem limitado aos grupos A e B, exceto para doenças e lesões preexistentes.
3 Clientes advindos da Central Nacional ou Seguros Unimed	Haverá aproveitamento das carências proporcional ao período já cumprido no contrato anterior, inclusive doenças e lesões preexistentes.
4 Clientes advindos das demais operadoras com planos regulamentados ou adaptados de segmentação hospitalar enfermária ou apartamento.	Haverá aproveitamento das carências proporcional ao período cumprido na operadora de origem limitado aos grupos A e B, exceto para doenças e lesões preexistentes.
5 Clientes advindos das demais operadoras com planos regulamentados ou adaptados com segmentação ambulatorial ou não especificada, não regulamentados ou autarquias	Haverá aproveitamento das carências proporcional ao período já cumprido na operadora de origem limitado aos grupos A e B, exceto para partos, doenças e lesões preexistentes.
6 Portabilidade de carências. Portabilidade de carências seguirá diretrizes previstas na Resolução Normativa n° 438/18, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	Aproveitamento total das carências e cobertura parcial temporária
7 Portabilidade especial de carências. Portabilidade de carências seguirá diretrizes previstas na Resolução Normativa n° 438/18, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	Aproveitamento proporcional das carências e cobertura parcial temporária de acordo com o período já cumprido na operadora de origem.

Grupo A: Consultas e exames básicos: exames que possuem baixa complexidade: Exames Laboratoriais simples, Biópsia e Exames Patológicos; Citopatologia; Teste ergométrico; Eletrocardiograma Convencional, Eletrocefalograma Convencional; Endoscopia Diagnóstica; Radiografias, Exames de teste Alergológicos e Testes Oftalmológicos; exames e Testes Oftalmológicos; Exames e Testes Otorrinolaringológicos; Prova de Função Pulmonar; Ultrassonografia e etc. conforme contrato.

Grupo B: Exames que possuem média/ alta complexidade: Angiogra Computadorizada; e Ressonância magnética; Densitometria óssea; Ecodopplercardiograma e holter; Cineangiogramas contrato. Exceto na alegação de doenças preexistentes.

Cirurgias Ambulatoriais: Procedimentos que exigem estrutura hospitalar de baixa complexidade, que não necessitem de internação para sua execução e que o tempo de permanência seja inferior a 6 (seis) horas. De acordo com a classificação da Unimed BH.

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS EMPRESARIAIS - ATÉ 29 VIDAS



ANS - n°41745-9

ANS - n°34.388-9

Informações Importantes

Itens 1 ao 6: Apresentar declaração de carências do plano anterior informando data de vigência e cancelamento do plano **no prazo máximo de 30 dias da data do desligamento.**

Itens 7 e 8: É necessário preencher todos os demais requisitos definidos pela ANS e apresentar documentação específica para cada situação, conforme Resolução Normativa n° 438/18, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Documentação Obrigatória

1. Anexar 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 (atualizada e original). A declaração de permanência da operadora anterior deverá constar, início do plano, data exclusão ou plano ativo, e se o plano é regulamentado ou adaptado.
2. Este aditivo valerá para aproveitamento de carência de qualquer operadora regulamentada pela ANS.
3. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Ambulatorial", "Pós Pagamento" ou "Custo Operacional".

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 Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico. 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