



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

v.2019.08.1



Associação das Pioneiras Sociais – Unidade Sarah Fortaleza.

ANS - n°41745-9

ANS-n°31714-4

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, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, 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 o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos** e as **faixas etárias**. O prazos das carências do Aditivo de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos **Multiplan Enfermaria** e **Multiplan Apartamento**.

Da documentação

A AllCare remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

Dos prazos para carência

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.

Procedimentos

PRAZO

Pronto atendimento nos casos de urgência e/ou emergência, exclusivamente nas primeiras 12 horas ambulatoriais, exceto para os atendimentos decorrentes de acidente pessoal que não se submetem à aludida limitação do tempo, conforme regulamentação da ANS.	24 horas
Consultas médicas eletivas Exames complementares simples (laboratórios e radiológicos).	30 dias
Ultrassonografia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Nutricionista, Eco cardiografia, Testes Ergométricos, Prova de Holter, Cintilografia.	90 dias
Tomografia computadorizada, Ressonância magnética, Hemodinâmicas, Diatermia, Litotripsia, Quimioterapia, Radioterapia, Diálise e hemodiálise, Acupuntura, Cirurgias ambulatoriais, Internações clínicas e cirúrgicas, Internação para transtornos mentais e comportamentais, inclusive tratamento em regime de hospital-dia.	180 dias
Parto a termo.	300 dias
Cobertura Parcial Temporária.	720 dias



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

Associação das Pioneiras Sociais – Unidade Sarah Fortaleza.



ANS - n°41745-9

ANS-n°31714-4

Tenho ciência que:

A Cobertura Parcial Temporária – CPT é aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão estabelecida em contrato de cobertura para eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia (UTI, CTI) e procedimentos de alta complexidade exclusivamente relacionados à doença ou lesão preexistente de que os beneficiários de um plano de saúde saibam ser portadores.

Os prazos de carência passam a ser contados do início da vigência das coberturas do Plano de Saúde. Beneficiário em carência: Estarão cobertas até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento. Após esse prazo, a Operadora se responsabilizará pelas despesas de remoção do Beneficiário para o recurso hospitalar mais próximo que atenda a expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro.

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 FORTALEZA. 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