

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA Contrato Coletivo por Adesão

Este Aditivo de Redução de Carência é parte integrante da Proposta de Adesão nº _____ com vigência em _____ e visa conceder carências reduzidas aplicando-se aos usuários e seus dependentes, oriundos de outra operadora de plano de saúde.

Todos os planos com acomodações superior ao anterior, implicará no cumprimento de carências para acomodação e rede credenciada específica ao novo plano

CARÊNCIAS

ÍTEM	PROCEDIMENTOS	*CARÊNCIA PROMOCIONAL	*CLIENTES DE OUTRAS UNIMEDS	*CLIENTES DE OUTRAS OPERADORAS
A	Urgências e emergências	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
B	Consultas, Exames Básicos. Exemplos: Hemograma completo, Glicemia, Potássio, RX de tórax, RX simples de abdome, Colposcopia entre outros	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
C	Exames Simples. Exemplos: Curva glicêmica, Antiobiograma, T3 livre, Mamografia, Teste ergométrico convencional, Endoscopia digestiva, entre outros.	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS
D	Exames Especiais. Exemplos: Mapa (24 horas), Holter, Audiometria, Eletroencefalograma Especial, Eletroneuromiografia, Fibra única, entre outros.	90 DIAS	24 HORAS	24 HORAS
E	Exames de Alta Complexidade Exemplos: Procedimentos cirúrgicos, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética, Cateterismo, Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia, Refrativa, Órtese e Prótese, Cintilografia, Internações clínicas, entre outros.	180 DIAS	60 DIAS	90 DIAS
F	Parto a termo	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS
G	Para doenças preexistentes nos Termos da Lei	24 MESES	24 MESES	24 MESES
H	PEA - Plano de Extensão Assistencial	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS

*Não haverá redução de carências da Unimed Santos para Unimed Santos

CONGÊNERES – TODAS AS OPERADORAS COM REGISTRO NAANS

O contrato da operadora anterior deverá ter no mínimo 06 (seis) meses de vigência e deverão ser encaminhadas as 03 (três) últimas mensalidades pagas, admitindo-se uma inadimplência de no máximo 60 (sessenta) dias anteriores à data da vigência da proposta de adesão para usuários com até 59 anos.

Usuários	Operadora	Acomodação	Tempo de Plano	Apto para Redução	
				SIM	NÃO
Todos					
Titular					
Dependente 01					
Dependente 02					
Dependente 03					
Dependente 04					

Declaro estar de acordo com os termos deste aditivo emitido em duas vias de igual teor, ciente que a redução será concedida após análise e aprovação dos documentos, e que caso estejam incompletos, perderei o direito à redução de carências.

Data

INDEPENDÊNCIA

Assinatura do Titular