

PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

592



ANS - nº 41728-9

ANS - nº 33.559-2

AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA

CNPJ: 07.674.593/0001-10

Endereço: Alameda Santos, 1357, 2º andar, Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP: 01419-001

Início de vigência

Folha 01/17

V.2019.05.1

**Área de Comercialização:**

Essa proposta é válida nos seguintes municípios, no Estado do Rio Grande do Norte: cidades de Natal, Parnamirim, Extremoz, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, Macaíba, São José do Mipibu, Nísia Floresta, Canguaretama, Goianinha, Pedro Velho, Arês, Montanhas, Espírito Santo, Baía Formosa, Tibau do Sul, Senador Georgino Avelino, Vila Flor, Nova Cruz, Santo Antônio, Passa e Fica, São Tomé, São José do Campestre, Monte Alegre, Brejinho, Lagoa D'anta, Vera Cruz, Serra de São Bento, Lagoa Salgada, Serrinha, Várzea, Lagoa de Pedras, Monte das Gameleiras, São Paulo do Potengi, Presidente Juscelino, Jaçanã, Tangará, Bom Jesus, Januário Cicco, Japi, Sítio Novo, Coronel Ezequiel, São Bento do Trairi, Ielmo Marinho, São Pedro, Barcelona, Senador Eloi de Souza, Santa Maria, Riachuelo, Lagoa de Velho, Ruy Barbosa, Passagem, Jundiá, Touros, Pedro Avelino, Maxaranguape, Rio do Fogo, Pureza, São Miguel do Gostoso (previstas em seu Estatuto); Caicó e os demais municípios da antiga área de abrangência UNIMED CAICÓ (Jardim do Seridó, São João, Cruzeta, São José do Seridó, Jucurutu, Timbaúba dos Batistas, Jardim de Piranhas, Serra Negra e Ipoeira); Currais Novos e os demais municípios da antiga área de abrangência da UNIMED CURRAIS NOVOS (Acari, Parelhas, Carnaúba dos Dantas, Florânia, São Vicente, Cerro Corá, Lagoa Nova, Lages Pintadas, Campo Redondo, Santa Cruz, Santana do Seridó, Equador e Tenente Laurentino).

Mês de reajuste do contrato

JUNHO

**Produtor**

Cód. da Concessionária 101202	Nome da Concessionária WAY		
Nome da Concessionária (continuação)		DDD	Telefone
Cód. do Gerente / Supervisor 00209459735	CPF do Gerente / Supervisor 002.094.597-35	Nome do Gerente / Supervisor LÍLIAN CORRÊA MARQUES MACHADO DOS	
Nome do Gerente / Supervisor (continuação)	SANTOS		
Nome do Vendedor		CPF do Vendedor	

**Dados da Entidade conveniada**

Nome da Entidade:

ABPL - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

1ª via: Administradora; 2ª via: Proponente Titular

## LINHA DE PRODUTOS UNIMED NATAL

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> UNI LIFE A F-E / 480.429/18-5	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Municípios	Franquia
<input type="checkbox"/> UNICOL II – PLANO REFERÊNCIA / 419.355/99-5	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Municípios	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> UNICOL II C-E / 463.909/11-0	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Estadual	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> UNI GREEN AD C-A / 480.101/18-6	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Estadual	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> QUALITY AD C-E / 480.096/18-6	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Com Coparticipação
<input checked="" type="checkbox"/> QUALITY AD C-A / 480.114/18-8	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo de Estados	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> UNICOL II – PLANO REFERÊNCIA / 419.355/99-5	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> UNI GREEN AD I-E / 480.103/18-2	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Estadual	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> UNI GREEN AD I-A / 480.104/18-1	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Estadual	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> QUALITY AD I-E / 480.115/18-6	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> QUALITY AD I-A / 480.113/18-0	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> UNICOL II – PLANO REFERÊNCIA / 419.355/99-5	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Sem Coparticipação

**Declaração - Plano Referência.**

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação, o Plano Referência da Unimed Natal, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, mas optei pela contratação do Plano selecionado anteriormente, conforme assinalado por mim na folha 02 desta Proposta.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## Dados do Proponente Titular

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
14747512888	TESTE NICE		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		Profissão	
		ADMINISTRADOR	
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
0			
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*			
TESTE MARIA			
Código do PIS/PASEP	Estado Civil:		
	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros		
Data de Nascimento*	Sexo:	Haverá inclusão de dependentes no contrato?	
30/10/1972	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Município de Nascimento*			
SANTOS			

## Endereço Residencial

CEP	Logradouro		
59010065	RUA SÃO FRANCISCO		
Logradouro (continuação)		Número	Complemento
		0	TESTE0
Bairro*	Município*		UF
ROCAS	NATAL		RN
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular
		13	997986729
E-mail		DDD	
geral@coletivaweb.com.br			

## Dados do Responsável (preencher somente quando o proponente titular for menor de 18 anos)

Nome Completo e sem Abreviação do Responsável			
CPF*	Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros		
Data de Nascimento*	Sexo:	Grau de Parentesco:	
	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

1ª via: Administradora; 2ª via: Proponente Titular

## Relação dos Dependentes

Folha 04/17

01

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
Nome Completo e sem Abreviações (Continuação)		
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	
Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input checked="" type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*		
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*	

02

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
Nome Completo e sem Abreviações (Continuação)		
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	
Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*		
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*	

03

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
Nome Completo e sem Abreviações (Continuação)		
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
Estado Civil:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	
Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*		
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*	

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

1ª via: Administradora; 2ª via: Proponente Titular

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 33.559-2

Folha 05/17

04

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Nome Completo e sem Abreviações (Continuação)			
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
Estado Civil:			
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros
Data de Nascimento*	Sexo:	Grau de Parentesco:	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*			
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*		

05

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Nome Completo e sem Abreviações (Continuação)			
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
Estado Civil:			
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros
Data de Nascimento*	Sexo:	Grau de Parentesco:	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*			
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*		

## Adesão e Vigência

Data de Adesão	Data da vigência e da cobertura assistencial	Vencimento do boleto/débito automático
01 a 15	Dia 01 do primeiro mês subsequente	Todo dia 10 de cada mês**
16 a 31	Dia 15 do primeiro mês subsequente	Todo dia 25 de cada mês**

\*\*O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma da tabela acima, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

1ª via: Administradora; 2ª via: Proponente Titular

## Valores mensais previstos de acordo com a tabela de vendas vigente – em reais

Proponente	Idade	Valor do Plano de Saúde	Valor do Plano de Odontológico	Total
Titular	47	R\$ 900,30		R\$ 900,30
Dependentes	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

**Atenção:** Os valores indicados ao lado sofrerão mudança na incidência do

(I) reajuste financeiro: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Unimed Natal ou na menor periodicidade permitida em lei;

(II) reajuste por sinistralidade: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Unimed Natal ou na menor periodicidade permitida em lei; e

(III) reajuste por faixa etária: que ocorre a qualquer tempo quando o cliente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava.

Todos os itens anteriores podem ocorrer entre a data de assinatura desta Proposta Contratual e a data da 1ª cobrança do benefício. A tabela de faixa etária encontra-se na folha 05/17 desta Proposta.

R\$ 900,30

Valor Total dos proponentes a ser cobrado diretamente pela Administradora.

## Taxa de Angariação - Corretagem

A cobrança de eventual remuneração pelos serviços de corretagem prestados em razão da captação, aproximação e obtenção do resultado útil na contratação do plano de saúde quando proposta pelo Corretor Angariador e **ACEITA** pelo **Proponente**, não se confunde e/ou substitui e/ou exclui o pagamento da primeira mensalidade devida pela cobertura assistencial aqui contratada, assim como não antecipará e/ou modificará o início da vigência previsto na folha 05/17 desta Proposta.

Declaro que possuo plena ciência de que a taxa de angariação paga ao angariador nesta data, em decorrência da prestação de serviços deste nesta contratação, possui valor diverso do valor das mensalidades do plano de saúde por mim contratado.

Declaro estar ciente e de acordo que o valor da primeira mensalidade do plano contratado será cobrado exclusivamente pela Administradora, por intermédio de boleto bancário ou débito em conta corrente, no valor fixado na folha 06/17.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada na folha 05/17 desta Proposta, independentemente do pagamento de eventual Taxa de Angariação diretamente ao Corretor.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## Cobrança

☐ S Boleto bancário

**Atenção:** A Administradora de Benefícios disponibiliza em seu site:  
**www.allcare.com.br**, o boleto bancário para pagamento do benefício.

☐ S Autorizo o envio dos boletos mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo, em substituição do envio do boleto bancário através dos correios.

Celular  
(13) 99798-6729

e-mail  
geral@coletivaweb.com.br

☐ N Débito automático em conta-corrente  
Somente para os bancos autorizados pela AllCare  
(consulte-os em nosso site)

Autorizo o banco indicado abaixo a debitar em minha conta-corrente, abaixo discriminada, por tempo indeterminado, o valor informado pela AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda., através de meios magnéticos, na(s) respectiva(s) data(s) de vencimento, conforme disposto na página 5/17 desta proposta, submetendo-me às normas internas daquela instituição financeira.

## Dados bancários do titular

Nº do banco	Banco	Nº da agência	Dígito	Nº da conta-corrente	Dígito
-------------	-------	---------------	--------	----------------------	--------

Após a aceitação desta Proposta de Adesão, a primeira mensalidade será cobrada pela **ADMINISTRADORA**, diretamente do Proponente Titular ou Responsável Financeiro do Contrato, através de boleto bancário ou débito em conta corrente, de acordo com os valores definidos.

**Os dados informados serão preservados pela AllCare Administradora, sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente.**

Estou ciente e autorizo, reconhecendo como válida e eficaz, que a Administradora de Benefícios faça todo tipo de comunicação relacionada ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando a avisos, alertas, cobranças, comunicados de inadimplência, suspensão e/ou cancelamentos, dentre outros, por meio eletrônico, podendo ser por whatsapp, e-mail, SMS, ou outro meio eletrônico disponível.

Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Administradora de Benefícios.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO****Prezado(a) beneficiário(a),**

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da Declaração de Saúde.

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamento regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, deve declarar esta doença ou lesão.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO**

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deve oferecer: Cobertura Total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de Alta Complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.\*), **exclusivamente** relacionados à doença ou lesão declarada até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

**Não** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

**Não** caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **rescindir** o contrato por **fraude** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **não** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil "Beneficiário"**.

Em caso de dúvida, entre em contato com a ANS pelo fone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil "Beneficiário"**.

Beneficiário (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE / DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Em relação aos quesitos abaixo solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada, respondendo (sim) ou (não).	Tit	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep	5º Dep
1	Aparelho Cardiovascular (Angina, Infarto, Hipertensão, Doença Reumática e Chagas, outras Valvulopatias, Aneurismas), já foi submetido a algum tratamento?	N					
2	Aparelho Digestivo (Vesícula, Fígado, Pâncreas, Esôfago, Intestino e Outros)?	N					
3	Aparelho Genito-Uninário (Cálculos, Ureter, Bexiga, Próstata, Infecção Urinária e Outras)?	N					
4	Aparelho Respiratório (Asma, Bronquite, Enfisema, Pneumonia, Tuberculose e Outras)?	N					
5	Problemas Gineco-Obstrétricos (Infertilidade, Distúrbios Menstruais, Grandes, Períneo, Míoma, Cistos de Ovários e Trompas, Complicações no parto, Sangramento ou Endometriose)?	N					
6	Doenças Oculares (Deficiência Visual, Astigmatismo, Miopia, Catarata, Glaucoma, Estrabismo e outros)?	N					
7	Distúrbios Mentais e do Comportamento (Nervosismo, Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Neurose, Ingestão de Álcool ou Drogas, Outros)?	N					
8	Doenças de veias e artérias (Varizes, Trombose, Aneurismas)?	N					
9	Doenças dos órgãos genitais masculinos (Próstata, Hidrocoles, Outros)?	N					
10	Doenças endócrinas ou metabólicas (Diabetes, Tiróide, Supra-Renal, Hipofise e Outras)?	N					
11	Doenças da mama (Cistos, Displasias, Outros)?	N					
12	Doenças do sistema imune (Lupus, Artrite Reumatóide, Outras)?	N					
13	Doenças neurológicas (Derrame, Paralisia, Epilepsia, Desmaios, Parkinson, Outras)?	N					
14	Hérnias de qualquer natureza (Inguinal, Umbilical, Outras)?	N					
15	Problemas hematológicos (Anemia, Leucemia, Coagulopatias, Outras)?	N					
16	Malformações congênitas ou adquiridas?	N					
17	Doenças otorrinolaringológicas (OTITE, Sinusite, Amigdalite, Rinite, Faringite, Vertigem, Outras)?	N					
18	É portador ou tem sequelas de alguma doença neoplásica (Câncer), já fez alguma cirurgia, quimioterapia ou radioterapia?	N					
19	Doenças do aparelho osteolocomotor (Hérnia de disco, Escoliose, Artrite, Artrose, Joanete, Osteomielite, Outras)? Já necessitou de cirurgia, ou fisioterapia?	N					
20	É portador ou tem sequelas de doença infectocontagiosa (AIDS ou DST's, Hepatite, Tuberculose, Meningite, Outras)?	N					
21	Tem algum tratamento clínico cirúrgico indicado e ainda não realizado?	N					
22	Deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	N					
23	Teve alguma internação clínica ou fez alguma cirurgia nos últimos 12 meses? Qual o motivo?	N					
24	Teve algum acidente que tenha deixado alguma sequelas ou necessite de algum tratamento médico?	N					

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 33.559-2

Item	Em relação aos quesitos abaixo solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada, respondendo (sim) ou (não).	Tit	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep	5º Dep
25	História de câncer, hipertensão, infarto ou diabetes na família?	N					
26	História de alergias?	N					
27	Alguma não relacionada acima? Qual?	N					
28	Peso: <u>59</u> Altura: <u>1.58</u> IMC: <u>23.63</u> Peso: _____      Altura: _____      IMC: <u>0</u> Peso: _____      Altura: _____      IMC: <u>0</u> Peso: _____      Altura: _____      IMC: <u>0</u> Peso: _____      Altura: _____      IMC: <u>0</u> Peso: _____      Altura: _____      IMC: <u>0</u>						

OBS.: SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR SIM, ESCLAREÇA ABAIXO:

Nº ITEM	Nº TITULAR/DEPENDENTE	ESPECIFICAR

Nome do proponente:

Assinatura do proponente:

## ESTREVISTA QUALIFICA

- a) | | Declaro que fui orientado por médico referenciado da UNIMED no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- b) | | Declaro que fui orientado pelo meu médico Particular no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- c) | | Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde acima e que dispensei orientação médica para responder às mesmas assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

## DEFINIÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E DE AGRAVO

I Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

II Agravo como qualquer acréscimo no valor da contratação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

1ª via: Administradora; 2ª via: Proponente Titular

## DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Pelo presente e na melhor forma do direito, declaro que na oportunidade do preenchimento da Declaração de Saúde, me foi esclarecido que eu poderia utilizar-me de um médico para minha orientação. Fui esclarecido ainda que o médico orientador poderia ser um outro não referenciado, de minha recreação, sendo que neste caso as despesas correriam por minha exclusiva conta e risco. A Cooperativa ofereceu-me uma relação dos médicos referenciados pela operadora.

Eu, qualificado como proponente de um Plano de Saúde junto a operadora UNIMED Natal, assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas tipograficamente, mesmo que não sejam de meu próprio punho, que coincidem com a cópia carbonada em meu poder. Declaro ter ciência dos termos do artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que se o Proponente ou Usuário não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou nos valores dos valores envolvidos, perderá os direitos pactuados, sem prejuízo dos haveres da Contratada.

Da mesma forma declaro-me ciente também que:

1. Este Plano de Saúde só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei na Declaração de Saúde poderão a operadora a solicitar-me esclarecimentos e, ou, escolher o Plano com restrições de cobertura, ou agravo por minha opção. Somente a emissão, vencimento e pagamento da primeira mensalidade caracteriza aceitação da minha proposta e marca a data de início das contagens dos períodos de carência consignados em contrato próprio.

2. No presente ato, e na melhor forma de direito, formalizo a autorização junto a qualquer profissional de saúde, laboratório, clínica, hospital, operadores de planos e de seguros de saúde, bem como a outras organizações ou pessoas a fornecerem à UNIMED Natal ou quem ela formalmente indicar, quaisquer informações relacionadas à minha saúde e à de meus dependentes agregados.

Ocorrendo o pagamento de despesas médico-hospitalares diretamente pela Operadora, em nome e por conta do usuário e/ou seus dependentes e agregados, ou ainda reembolso de tais despesas, os comprovantes valerão como instrumento de cessão, ficando a Operadora sub-rogada até o limite da importância despendida, em todos os direitos e ações do Usuário e, ou, seus dependentes e agregados, contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenha causado os prejuízos suportados pela Operadora, ou para eles concorrido, obrigando-se o Usuário e, ou, seus

dependentes e agregados, a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

Declaro também, para todos os fins e efeitos, ter conhecimento de que a conclusão, o aproveitamento, a redução ou isenção de prazos de carência não representam direito a utilização do Plano de Saúde para procedimentos não cobertos pelo contrato adotado.

Declaro, ainda, que tomei conhecimento das variações nos valores envolvidos, em função da taxa de fator moderador, parcela de co-participação e franquias da UNIMED Natal e que estou ciente que a cobertura de gravidez e parto, será necessário o cumprimento de carência de 300 (trezentos) dias, sem exceção; sabendo que não será admitida a presunção de que a Operadora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem do contrato, ou de comunicados formais com data posterior à assinatura do presente.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das condições gerais contidas no Contrato de Plano de Saúde, bem como de todos os anexos e documentos envolvidos, que neste ato estou recebendo

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROPONENTE

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESAO

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a “**Proposta**”) ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os “benefícios”), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a “**Administradora de Benefícios**”) e a **Unimed Natal** (a “**Operadora**”) indicado na página 2 desta Proposta e destinado à população que mantenha vínculo com a minha “**Entidade**”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1/17 desta **Proposta**.

2. Somente serão aceitos como **dependentes** o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); os filhos adotivos ou não, **solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega de cópia de certidão de nascimento ou de adoção, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso superior registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento;** Enteados, mediante entrega de cópia de certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude; O menor que, **por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega de cópia de decisão judicial de guarda ou tutela;** Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **comprovadamente inválidos, mediante entrega de atestado de invalidez emitido pelo INSS, cópia da certidão de nascimento ou de adoção** e cópia de certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude.

3. Sou o único **responsável** pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na manutenção ou no valor mensal do(s) **benefício(s)**, sabendo que **omissões ou dados incorretos** acarretarão perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) do(s) **benefício(s)**.

4. Aceita esta **Proposta**, o(s) **benefício(s)** será(ão) disponibilizado a partir da data indicada no campo “Início da Vigência”, constante na página 1/17 da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependentes(s) indicado(s) passaremos a ser denominado “beneficiários”.

5. Assumindo a condição de **beneficiário**, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s)**, perante a(s) **Operadora(s)** e outros órgão, em especial a **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**, no cumprimento e/ou nas alterações deste(s) **benefício(s)**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

6. Tenho ciência de que a vigência indicada na página 1/17 desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página 5/17 e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão em Administradora de Benefícios e Operadora, que ocorre todo mês de **JUNHO**.

7. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, utilizar o(s) benefício(s) por meio dos prestadores próprios ou credenciados da(s) **Operadora(s)**, respeitadas as **condições contratuais** e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente de que, para todos os planos destes contratos coletivos, a(s) **Operador(s)** poderá(ão) se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos para de alta complexidade e/ou de alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores;

8. A operadora assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela Operadora.

9. O benefício de plano de assistência à saúde estão relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” e suas diretrizes, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) benefício(s);

10. As **coberturas excluídas** do benefício de assistência à saúde são aquelas citadas na Lei nº 9.656/98 e as não incluídas no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” e suas diretrizes da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**;

11. Tenho ciência dos prazos de **carência** para utilização dos **benefícios**, conforme tabela indicativa a seguir, o qual a contagem se iniciará a partir da vigência do benefício. Para efeitos da isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o **Aditivo de Redução de Carências**, que acompanha a Proposta;

### Grupo de Benefícios

	CARÊNCIA CONTRATUAL
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas eletivas	30 dias
Exames simples	30 dias
Exames especiais	180 dias
Internações e cirurgias	180 dias
Procedimentos ligados a regulamentação*	180 dias
Parto a termo	300 dias

12. Havendo na “**Declaração de Saúde**” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicado pela(s) **Operadora(s)** a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, a qual admite, por um período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de **início de vigência** do(s), a suspensão da cobertura para **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)**, leitos de alta tecnologia e procedimento cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

13. A realização de: (I) exames de alta complexidade; (II) internações; (III) remoções; (IV) procedimentos especiais; depende de **autorização prévia** da **Operadora**;

14. As características do(s) **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; e (III) abrangência geográfica estão definidas na página **1/17** desta **Proposta Contratual**, assim como a área de comercialização;

15. Nas internações psiquiátricas, o custeio integral será de **30 (trinta) dia** de internação. A partir deste período, além da coparticipação regular, prevista nesta proposta para qualquer internação, haverá coparticipação de **50% (cinquenta por cento)**, incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de **01 (um) ano de Contrato**;



16. Tenho ciência que devo comunicar expressa e imediatamente à **Administradora de Benefícios** (I) toda e qualquer alteração cadastral, tais como exclusão e/ou inclusão de dependentes, mudança de endereço, correção de informações, etc.; (II) a perda ou extravio da carteirinha de identificação; e (III) a perda do vínculo que mantenho com a Entidade;

17. Tenho ciência que devo comunicar expressamente à **Administradora de Benefícios** o **pedido de minha exclusão do plano** através dos seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da AllCare: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br); e **III.** Presencial nos endereços da AllCare Administradora disponíveis no site.

18. Tenho ciência que a solicitação do cancelamento do plano deverá ser formalizada à **Operadora** ou à **Administradora de Benefícios**, que tomará as medidas cabíveis, em conformidade com a Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

19. Tenho ciência de que o cancelamento do plano não me isentará da cobrança dos valores referentes a minha coparticipação e de meus dependentes e as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

20. Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página **5/17** desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s), mas acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero vírgula zero três três três por cento) sobre o valor do(s) benefício(s);

21. Tenho ciência que, caso não ocorra a quitação da mensalidade em até 02 (dois) dias a contar da data do vencimento original da mensalidade, independente de aviso prévio, poderá ocorrer a **suspensão** do(s) benefício(s), cuja utilização somente será restabelecida em até **05 (cinco) dias**, a partir da quitação integral do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

22. Tenho ciência que a inadimplência por período superior a **30 (trinta) dias** após o **vencimento original da mensalidade**, acarretará a **exclusão** do titular e seus dependentes do plano de saúde tratados no presente instrumento de adesão.

23. Poderei postular nova adesão ao(s) **benefício(s)** após feita nova análise e **aceitação** das condições de minha **elegibilidade**. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de **novos prazos de carência parciais ou totais**, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

24. No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)**, inclusive dos valores de coparticipação, se for o caso, por período **superior a 30 (trinta) dia**, a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** poderá usar todos os meios legais e necessários para obter a cobrança dos valores em atraso, gerando, inclusive, a inscrição desta informação nos **Serviços de Proteção ao Crédito**;

25. Em caso de cancelamento do(s) benefício(s), devolvarei imediatamente à **Administradora de Benefícios** os cartões de identificação do(s) **beneficiário(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do(s) **benefício(s)**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento;

26. Não haverá nenhuma continuidade deste(s) benefício(s), nas hipóteses previstas nos **artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98**, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este(s) benefício(s);

27. O valor mensal do(s) benefício(s) poderá sofrer os seguintes reajustes: (I) reajuste financeiro e/ou por índice de sinistralidade, que ocorre anualmente no mês indicado na página 1 desta proposta de adesão ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data da minha adesão a esta proposta, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias; (II) **reajuste por mudança de faixa etária**, que ocorre quando o beneficiário titular ou dependente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir. O reajuste por mudança de faixa etária não se aplica ao benefício de plano de assistência odontológica; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**;



## LINHAS DE PRODUTO UNIMED NATAL

FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO
Até 18 anos	00%
De 19 a 23 anos	18%
De 24 a 28 anos	18%
De 29 a 33 anos	16%
De 34 a 38 anos	16%
De 39 a 43 anos	16%
De 44 a 48 anos	26%
De 49 a 53 anos	26%
De 54 a 59 anos	30%
59 anos ou mais	30%

28. Tenho ciência que devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à(s) Operadora(s), quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas;

29. Tenho ciência que devo informar imediatamente a administradora de benefícios a eventual perda de vínculo que mantenho com a entidade indicada;

30. Poderia **desistir** desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja **comunicada por escrito** à **Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento;

31. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o do meu domicílio.

**TERMO DE DECLARAÇÃO, CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO**

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a “**Proposta**”) ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os “**benefícios**”), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a “**Administradora de Benefícios**”) e a **Unimed Natal** (a “**Operadora**”) e destinado à população que mantenha vínculo com a minha “**Entidade**”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/17** desta **Proposta**.
2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível nos sites da operadora ([www.unimednatal.com.br](http://www.unimednatal.com.br)).
3. Declaro que tenho ciência de que o **Rol de Procedimentos Médicos** tem sua atualização sob responsabilidade da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e está disponível no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site das operadoras.
4. Declaro estar ciente de que o cancelamento do meu plano não isentará de quitar o valor referente à minha **coparticipação** e de meus dependentes, nem mesmo as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.
5. Declaro que a Administradora de Benefícios apresentou como primeira opção de contratação o **Plano Referência**, que possui, dentre as suas características, cobertura para intenção em padrão enfermeira e cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da **Lei nº 9.656/98**, como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s) mencionados na página **2/17** desta proposta.

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual, declaro que de livre e espontânea vontade manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas páginas 3, 4 e 5 desta Proposta, ao benefício.

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o “**Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde**”, e a cópia da presente “**Proposta**”, da “**Carta de Orientação ao Beneficiário**” e da “**Declaração de Saúde**”, e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores médico-hospitalares, de responsabilidade da Operadora, bem como o “**Guia de Leitura Contratual (GLC)**”, serão enviado a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nosso registros estejam regularizados na Operadora. O **Guia de Leitura Contratual (GLC)** e o **Manual para Contratação do Plano de Saúde (MPS)** constam no site da **Administradora de Benefícios**: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br).

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta proposta se dará no prazo definido na folha **1/17** e **5/17** e está condicionada à comprovação de minha elegibilidade na entidade com a qual mantenho vínculo.

---

Local e data

---

Assinatura do titular ou responsável pelo menor  
(passível de reconhecimento em cartório)

Em caso de dúvida, ligue para a Central de Atendimento AllCare:

**0800 941 4962 / 3003-6400**

[www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br)



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



ANS - n°41745-9

ANS - n°33.559-2

## 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. Os prazos das carências reduzidas do Aditivo de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos **UNI LIFE, UNICOL II, UNI GREEN AD, QUALITY AD**.

## 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 Beneficiários

	CARÊNCIA CONTRATUAL RC 1	CARÊNCIA RC 72	CARÊNCIA RC 71	CARÊNCIA RC 35
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas eletivas	30 dias	48 horas	48 horas	48 horas
Exames simples	30 dias	15 dias	48 horas	48 horas
Exames especiais	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias
Internações e cirurgias	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias
Procedimentos ligados a regulamentação*	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

\* Refere-se aos demais procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar desde que não citados no GRUPO DE BENEFÍCIOS constantes dessa cláusula.

- ☐ **RC 1** Válido para clientes Unimed Natal que possuem débitos pendentes em contratos anteriores e que cancelaram o plano com **menos de 30 dias**. Válido também para clientes que não possuem planos de saúde.
- ☒ **RC 72** Válido para clientes que não possuem planos e nem débitos na Unimed Natal.
- ☐ **RC 71** Válido para clientes oriundos de qualquer operadora congêneres (Amil, Bradesco, SulAmérica, Sistema Unimed e Autogestões como Caixa Econômica Federal, Petrobrás, Cassi e Camed) com tempo de permanência **entre 6 meses a 12 meses**.
- ☐ **RC 35** Válido para clientes oriundos de operadoras congêneres Amil, Bradesco, SulAmérica, Sistema Unimed e Autogestões como Caixa Econômica Federal, Petrobrás, Cassi e Camed) com permanência de **12 meses ou mais** de plano.

Rubrica



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



ANS - nº 41745-9

ANS - nº 33.559-2

**OBS.1:** Para as operadoras do Sistema Unimed, o plano anteriormente contratado deve atender os seguintes requisitos:

- Estar ativo ou ter sido cancelado em até 30 dias, contados até a data de assinatura da proposta de adesão, com o limite de 15 dias entre a assinatura e o início da vigência contratual; e
- Comprovação de pagamento do último vencimento também em até 30 dias.

**OBS.2:** Para as operadoras fora do Sistema Unimed, o plano anteriormente contratado deve atender os seguintes requisitos:

- Estar ativo ou ter sido cancelado em até 60 dias, contados até a data de assinatura da proposta de adesão, com o limite de 15 dias entre a assinatura e o início da vigência contratual; e
- Comprovação de pagamento do último vencimento também em até 60 dias.

**OBS.3:** Não será reduzida carência para clientes vindos de planos não regulamentados apenas para aqueles oriundos de planos com segmentação "ambulatório + hospitalar com obstetrícia" ou "Referência (ambulatório + hospitalar com obstetrícia + acomodação padrão de enfermaria)".

**OBS.4:** Atendidas as condições para redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da operadora.

**OBS.5:** Operadoras Congêneres: Sistema Unimed, Amil, Bradesco e SulAmérica.

## Documentação Obrigatória

**Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:**

- Comprovante de início no plano de saúde anteriormente contratado (cópia do contrato ou cartão de identificação com data de início no plano de saúde anterior);
- Cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados ou declaração da operadora congênere, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

**Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:**

- Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
  - Operadora contratada;
  - Tipo de plano e acomodação em internação;
  - Relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.

## 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 NATAL. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nº da proposta contratual: 592

Nome do titular / responsável: TESTE NICE CPF: 14747512888

Nome do corretor: WAY Código: 101202 CPF 002.094.597-35

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Corretor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável