



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

V.2020.05.1

Serviço Social do Transporte - SEST  
Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte - SENAT



ANS - n°41728-9

ANS-n°33967-9

## 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:

**Estilo Nacional I E – R** / 481.861/18-0

**Clássico Regional Salvador I – E** / 480.874/18-6

**Clássico Regional São Luis I – E** / 480.681/18-6

## Dos novos prazos para carência

Os prazos de carência passam a ser contados do início da vigência das coberturas do Plano de Saúde.

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 às doenças ou lesões preexistentes que os beneficiários saibam ser portadores ao adquirir seu plano de saúde.

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA PADRÃO 3179
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas, Exames Clínicos e Patológicos	30 dias
Demais Exames e Tratamentos	180 dias
Internações Hospitalares	180 dias
Parto a Termo	300 dias
Doença e Lesão Preexistente	24 meses

 **3179** Carência Padrão

## 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: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

1ª via: AllCare 2ª via: contratante