



www.unimednatal.com.br
 Rua Mipibu, 511 - 59020-250
 Petrópolis - Natal - RN
 T. (84) 3220-6200

ANS - nº 33559-2

ADITIVO AO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO 214150, REGISTRO DE
 PRODUTO NA ANS Nº 480.205/18-9 PROPOSTA Nº _____ FIRMADO EM ____/____/____.

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

CRO / RN

_____ já qualificado(a) no contrato em epígrafe, doravante denominado(a) **CONTRATANTE**, e a **UNIMED NATAL - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, com sede na Rua Mipibu, nº 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, CEP 59020-250, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.380.701/0001-05, no município de Natal/RN sob o nº 105.786-3 e na Agência Nacional de Saúde – ANS sob o nº 33559-2, neste ato representada por seus diretores abaixo assinado, doravante denominada **OPERADORA**, têm entre si ajustado celebrar o presente instrumento, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA: A **OPERADORA** concederá **REDUÇÃO DE CARÊNCIA** aos beneficiários titulares e dependente(s), inscritos no contrato em epígrafe na data de assinatura do presente **ADITIVO REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA BENEFICIÁRIOS**, prevalecendo as seguintes regras sobre aquelas previstas no instrumento contratual:

GRUPO DE BENEFÍCIOS	RC 58	RC 64	RC 04	RC 05	RC 01
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24H	24H	24H	24H	24H
CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO	30 DIAS
EXAMES SIMPLES	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO	30 DIAS
EXAMES ESPECIAIS	ZERO	30 DIAS	45 DIAS	75 DIAS	180 DIAS
INTERNAÇÕES E CIRURGIAS	ZERO	60 DIAS	75 DIAS	180 DIAS	180 DIAS
PROCEDIMENTOS LIGADOS A REGULAMENTAÇÃO*	ZERO	60 DIAS	75 DIAS	180 DIAS	180 DIAS
PARTOS A TERMO	300 DIAS				
DOENÇA OU LESÃO PRÉ EXISTENTE	24 MESES				

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 desta cláusula.

RC 58 - Válido para clientes oriundos do Sistema Unimed (outras Unimeds) com contratos ativos ou cancelados, desde que estejam com boletos pagos até 60 dias da data da contratação da Unimed Natal; Válido também para clientes Unimed Natal que tiveram seus planos cancelados no ano de 2020 até o momento. Para os clientes que cancelaram e estão retornando, deverão ter permanecido, no mínimo, 180 dias no plano anterior da Unimed Natal.

RC 64 - Válido para clientes oriundos de outras operadoras de saúde DEVIDAMENTE REGULAMENTADAS NA ANS com permanência de seis (06) meses ou mais.

RC 04 - Válido para cliente oriundos de outras operadoras de saúde DEVIDAMENTE REGULAMENTADAS NA ANS com permanência de até cinco (05) meses.

RC 05 - Válido para clientes Unimed Natal que não vêm de nenhuma operadora de Saúde e nem possuem débitos na Unimed Natal.

RC 01 - Válido para clientes que possuem débitos pendentes em contratos anteriores.

OBS. 1: No tocante aos clientes Unimed Natal que se encaixam no RC 58 e estão voltando para casa, será consultado o débito e o período pelo cadastro para devida promoção; Para os clientes oriundos de outro Sistema Unimed, estes devem apresentar as devidas documentações necessárias.

OBS. 2: COM EXCEÇÃO DOS CLIENTES QUE NÃO ENTRAM NO RC 58, o plano anteriormente contratado deve estar ativo ou cancelado; Em caso de contrato cancelado, este não pode ultrapassar 60 dias, sendo necessária comprovação de pagamento do último vencimento, que também não pode ultrapassar o período de 60 dias.

OBS. 3: Não será reduzida carência para clientes vindos de planos não regulamentados, exceto para aqueles oriundos de planos com segmentação "ambulatório + hospitalar com obstetrícia" ou "Referência (ambulatório + hospitalar com obstetrícia + acomodação padrão enfermaria)"; COM EXCEÇÃO DE CLIENTES ORIUNDOS DAS OPERADORAS HAPVIDA e DA HUMANA SAÚDE, estaremos abrindo exceção para aproveitamento de carência dos produtos que não tem obstetrícia da operadora.

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

OBS. 5: Criança recém-nascida pelo plano Unimed Natal, que não for incluída no plano do titular em até 30 de seu nascimento, poderá aproveitar o RC 64, caso faça opção pela contratação de um novo plano em até 60 dias.



www.unimednatal.com.br
 Rua Mipibu, 511* 59020-250
 Petrópolis - Natal- RN
 T. (84) 3220-6200

ANS - nº 33559-2

Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

- a) 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);
- b) 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:

- a) 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.

TITULAR RC:	DEP. 1 RC:	DEP. 2 RC:	DEP. 3 RC:
-------------	------------	------------	------------

Preencher de acordo com a documentação comprobatória apresentada no ato da venda.

Parágrafo Primeiro: As carências estabelecidas no caput desta CLÁUSULA serão contadas a partir do início da vigência do benefício.

Parágrafo Segundo: O enquadramento nos grupos de Redução de Carência (RC) será realizado de forma individualizada e independente para cada integrante do grupo familiar, observadas as regras acima estabelecidas.

2. CLÁUSULA SEGUNDA: Permanecem inalteradas as regras previstas no contrato firmado entre as partes relacionadas à Cobertura Parcial Temporária (CPT) e às Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), respeitando-se o limite máximo a seguir especificado:

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	24 MESES
------------------------------	----------

3. CLÁUSULA TERCEIRA: Continuam inalteradas as demais CLÁUSULAS e condições previstas no contrato original e demais aditivos (se houver), desde que não colidam com as disposições do referido instrumento.

E assim por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas, para que possa produzir seus legais e jurídicos efeitos.

Natal, 15 de zereiro de 2022.

UNIMED NATAL
 Dr. Fernando José Pinto de Paiva
 Presidente

UNIMED NATAL
 Dr. Carlos Antonio Batista de Medeiros Filho
 Vice-Presidente

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

Nome: _____
 CPF: _____

Nome: _____
 CPF: _____

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Pela 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 à 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 volumes 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 do 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 e 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 subrogada 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

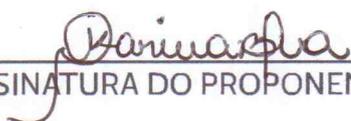
dependentes e agregados, a facilitar os meios necessários ao exercício dessa subrogação.

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 de taxas de fator moderador, parcelas de co-participação e franquias da UNIMED Natal e que estou ciente que para 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

15 de fevereiro de 2022


ASSINATURA DO PROPONENTE