



Affix Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ nº 11.158.465/0001-91
Rua Dr. Bráulio Gomes, 36, 18º andar,
República, São Paulo/SP
CEP: 01047-020

ANS - nº 41.742-4

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE Nº
COLETIVO POR ADESÃO.

OPERADORA: UNIHOSP SAÚDE LTDA. | CNPJ: 01.445.199/0001-91 | REGISTRO ANS: 385255



ANS - nº 38.525-5

Este aditivo tem por finalidade propiciar aos beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, que possuem plano anterior regulamentado pela ANS, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas, exceto nos casos 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, inscritos na Proposta de Adesão ao contrato pactuado entre a Affix Administradora de Benefícios Ltda., e a UNIHOSP SAÚDE LTDA., cujo o número consta no cabeçalho deste aditivo.

Declaro para os devidos fins de direito que tenho ciência das regras para redução de carências pactuadas no contrato de plano de saúde, coletivo por adesão, mantido entre a Affix Administradora de Benefícios Ltda., e a UNIHOSP SAÚDE LTDA., conforme descrito abaixo:

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

| GRUPO | COBERTURAS | CARÊNCIA CONTRATUAL NOVOS BENEFICIÁRIOS | 6 MESES NO PLANO ANTERIOR |
|-------|---|---|---------------------------|
| 1 | Urgência e emergências. | 24 horas | 24 horas |
| 2 | Consultas e Exames Básicos: consultas eletivas em consultório, clínica ou centro médico. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raio X sem contraste e eletrocardiograma. | 15 dias | Isento |
| 3 | Exames especializados: citologia oncológica (Papanicolau), colposcopia e vulvosscopia, peniscopia, teste ergométrico, Holter, broncoscopia, prova de função pulmonar, otoneurológico completo. | 30 dias | Isento |
| 4 | Terapias e procedimentos ambulatoriais: cirurgias ambulatoriais com anestesia local, fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, psicologia e/ou psicoterapia e nutricionista. | 60 dias | 15 dias |
| 5 | Exames de alta complexidade: exames de análises clínicas complexos, provas alérgicas, mamografia, ecocardiograma convencional, colonoscopia, anuscopia, retossigmoidoscopia, eletroencefalograma, densitometria óssea, ultrassonografias, ultrassonografias morfológico, ultrassonografia com doppler, endoscopia digestiva, eletroneuromiografia, Bera, Raio X contrastado ou panorâmico, líquor, litotripsia extracorpórea, polissonografia, mapeamento cerebral, histerosalpingografia, PAAF. | 90 dias | 30 dias |
| 6 | Internações e procedimentos de Alta Complexidade: internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de Alta Complexidade, conforme definidos pelo ROL de procedimentos RN Nº387/15 e suas atualizações, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, Angio-RM, angiogramografia, OCT, cintilografia, angioplastia, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, entre outros. | 120 dias | 60 dias |
| 7 | Terapias especiais: Método Padovan, Método Teacch, Método ABA, Modelo SCERTS, Método PECS, Método Floortime, Programa Son-Rise, Técnicas dos portfólios do Projeto: Autismo e educação de Simone Helen Drumond Ischkanian, Método Bobath, Método Therasuit, Método Prompt, Método podd, Cuevas Medeck e Exames Genéticos Bioquímico ou molecular. | 180 dias | 180 dias |
| 8 | Doença(s) e Lesão(ões) Preexistente(s). | 720 dias | 720 dias |
| 9 | Parto a Termo. | 300 dias | 300 dias |

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

1. Anexar últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior (atualizada e original);
2. Este aditivo valerá para aproveitamento de carência de qualquer operadora regulamentada pela ANS, exceto a modalidade de autogestão;
3. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Ambulatorial", "Pós-Pagamento" ou "Custo Operacional";
4. A opção de plano com acomodação superior (apartamento) contabilizará carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização do benefício, a partir da vigência do contrato;



Affix Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ nº 11.158.465/0001-91
Rua Dr. Bráulio Gomes, 36, 18º andar,
República, São Paulo/SP
CEP: 01047-020

ANS - nº 41.742-4

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE Nº
COLETIVO POR ADESÃO.

OPERADORA: UNIHOSP SAÚDE LTDA. | CNPJ: 01.445.199/0001-91 | REGISTRO ANS: 385255

Operadora:



ANS - nº 38.525-5

| DADOS CADASTRAIS | | DATA DE NASCIMENTO | PLANO ATUAL | DESDE | GRUPO DE CARÊNCIA A CUMPRIR |
|---|--|--------------------------|-------------|-------|-----------------------------|
| TITULAR | | | | | |
| DEP. 1 | | | | | |
| DEP. 2 | | | | | |
| DEP. 3 | | | | | |
| DEP. 4 | | | | | |
| DEP. 5 | | | | | |
| PLANO CONTRATADO: | | CONTRATO VIGENTE EM: / / | | | |
| DOCUMENTAÇÃO ANTERIOR ENTREGUE: () 3 últimos boletos () Cópia de Cartão(ões) () Cópia do Contrato () Declaração de Operadora Anterior | | | | | |

Observações

- As coberturas do Grupo 5 e 6 serão direcionadas à Rede Credenciada;
- Para doenças ou lesões preexistentes será exigido o cumprimento de 720 (setecentos e vinte) dias de Cobertura Parcial Temporário (CPT) ou 24 (vinte e quatro) meses de agravo.

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 UniHosp. Caso não seja aprovado, prevalecerão as carências contratuais detalhadas e acordada no item 12 da página 03 da Proposta de Adesão.

Local e data: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura do Corretor: _____ Assinatura do Responsável: _____