



PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
5A>7F:HA BAD367EÁ  
>V' a +z' (1+\*



ANS-nº41745-9

ANS-nº34840-6

Ba/S 11/15

## CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

BVá bdaWMMWSa VjbdMS\_ WfWgMSõe fndUWVaf Va WLa\_ bdaMMVa aZ? S gs'WAdWSeça bSá 5a fdaSeça WBS aeWW  
ESaW? BEfMfSvabv\$3Yè U\$@SLa S'WfSaWfegW WfSc3@Efi5A@5AD6A 77EFAG5;7@F7CG7,

1. 7fW' fcd\_ Wfa é\_ Wj 5a fda WBSa /SProposta fSa La fda WBS a WSe fè U\$á Sa WVa Vha badSWa /ae benefícios ffi  
UWVdVa WfMS AllCare Administradora de Benefícios em Saúde Ltda. /SAdministradora de Benefícios fMS Unimed Federação Rio  
Grande do Norte /SOperadora fMWF S Va à babgSeça cgW S fWZSh' Uga La\_ S\_ [ ZS 'Entidade" fcgW S Bha S-gmLS [ VLSB  
' Sba [ S1/15 WfSPropostaž

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 da 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 da 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 da 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 da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude-**ES\_ WfS fVa\_ bdaSeça WWWWè U\$Wa ó\_ U\$**

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 a perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) do(s) **benefício(s)**.

4. 3UfS WfSProposta a f benefício f fMfca fMba [T [ S Va Sb Sd fMSVS [ VLSB` a U\$ baz` Ua VSHYè U\$U` eS fW Sba [ S  
1/15 V Sbd WMMWS fa Wj cgS fa\_ Wj fMWWWVef [ VLSVa f b SsdV ae Sd WVa\_ [ S/azTVMU]a bē

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) dependente(s)**, perante a(s) **Operadora(s)** e outros órgãos, 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 1/15 desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página 05/15 e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão entre Administradora de Benefícios e Operadora, que ocorre todo mês de **JULHO**.

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) **Operadora(s)** poderá(ão) se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos de alta complexidade e/ou de alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores;

8. 3AbWVad S e WgSa a dW Taa' a [ fWSeatQYSõe WfVfa fda VSe WfVSe WfS VebVh 4MMU]a La\_ Sae fè U\$á  
eSa WMMVca VS áS VYa U\$VfSça Va bS a' ae U\$ae Wj ghae Wj g'è U\$ag WVV Wfè U\$ cgS Va\_ ça XabacHWS g [ Sça  
Vae Wf f e b b d a e a g UMMU]S a b V S AbWVadž

9. O benefício de planos 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 plano 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;**



PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
5A>7FHA BAD367EÉA  
>V' a +z' (!+\*



ANS-nº41745-9

ANS-nº34840-6

Ba/ZS 12/15

11. FWZa Uê U\$ VaebdI aeWVarência bSS gffI Saça Vaebeneficiost Ua` Xad\_ WSTV\$ [ VUSffS SeWgila cgS'Ua fSYW eW [USa S bSdfVS Hyê U\$ Va TWWU]azBSs VW]ae VS [eVêça WUSê U\$e WMMZaTAMfSdSe` ad\_ SedVgS\_ WfSdVVS Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS VS WVeSaça W\_ HyadMAZagMIVgêça WUSê U\$e WMMZaTAMfSda Aditivo de Redução de Carências! cgVUa\_ bS ZSSBabaeS-

Grupo de Benefícios	Carência Contratual Assistência Médica
Gd'ê U\$eWZ_ WU'ê U\$e	24 horas
5a` egfSed 7j S_ VêVfVb]SeEL_ b'Wê	30 dias
Gfcdëea` aYcS]SATeféfdUS	90 dias
5[cbd]Se3_ TgSfad]Se	120 dias
7j S_ VêVfVb]SeWb'fS5a_ b'V]VSWW	180 dias
: W_ aV]a]eW6]a]eW6]a]eV6]S	180 dias
; fV] SeöVê5f [U\$eW5[cbd]U\$e	180 dias
6W_ S]eBcbUW_ Wfae	180 dias
BSdfa SFWU_ a	300 dias

12. Havendo na "Declaração de Saúde" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela(s) Operadora(s) a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do(s) benefício(s), a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos 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. 3eUSUMifU\$eVaefbeneficio dV]fSeS, fêW\_ WfSaça SeefWUS^;fBU\_ aVSeça W [ fV] Saça-W;fSTcS Yê U\$YV]da USVfça WW [VSe` SbãY [ S1/15 WfSProposta Contratual, SeL\_ Ua\_ aSãdSWWb\_ WUS] Saça-

15. Nas internações psiquiátricas, o custeio integral será de 30 (trinta) dias 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. FWZa Uê U\$cgWMMa Ua\_ g [U\$M]bdV\$W\_ WfSfS\_ WfVãAdministradora de Benefícios ;ffaVSWVcgSgWfSMMaça USVSeSfSe Ua\_ a V]Ugêça W]ag [ U]gêça WMMWMMWMMW\_ gVS eSWWMMW]eLbdV]ça W] Xad\_ SeöVêWU;fSbWfS ag V]f]e]a VSUc]M] ZSWW [WV]U\$eça-W;fSbWfSVAh' U]gacgV\_ S fWZa Ua\_ S7 fVSWW

17. FWZa Uê U\$cgWMMa Ua\_ g [U\$M]bdV\$W\_ WfVãAdministradora de Benefícios a pedido de minha exclusão do plano SfdêeVae eVg] fV]US SeWfSfWMM\_ Wfa, I. 3fWMM\_ Wfa Sa 5fWMMW a` ø\_ Vê %""%Z' &"" -II. Ef]WfS 3^SSd]M i i S^USd]Wb\_ Zfd WMI. B]WMMUS^ ae WMMW]eVS 3^SSd]WV\_ [ [fcdSVadSV]eba` ihV]e` ae]V]W

18. FWZa Uê U\$cgVSeU]fSaça Va US UWS\_ Wfa Va bS a WMM]eAded\_ S] SVSãOperadora agãAdministradora de Benefícios! cgVU fa\_ SaSe\_ W]VSeUSTihV]W Ua\_ Xad\_ [SWWb\_ SD]e]gêça @ad\_ S]fS` @#&\$Wf' W]VahV]Td WfS' #(fVS 3Yê U\$@SU]a` S^WfSOWW EgbW\_ WfSd\_ 3@Ez



PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
5A>7F:HA BAD367EÁ  
>V' a +z' (1+\*



ANS-nº41745-9

ANS-nº34840-6

Ba/ZS 13/15

19. FwZa Uê UŞ WbVgVa US UMS\_ Wfa Va bS a `ça\_ VêMSa VS UaTos es VaesSadVdWAWWes\_ [ ZS UabScUoSeça WwV\_ Wje WAWWVAVS e WbVSebVSGf [ Seça VaeTWMLaeSboea US UMS\_ Wfa VabS az

20. Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página **5/15** desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s), mais acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero vírgula zero três três três por cento) sobre o valor total do(s) benefício(s);

21. FwZa Uê UŞ cgMUSa `ça aLadS S cglSeça VS\_ Wes [SWWV\_ Sfe "\$ Vaf [MSe S Ua` fcdVS VSf Va HML\_ Wfa ad [ S'VS\_ \_ Wes [SWM [ WAWWVWVW [fa bclha baWbaLadS suspensão Va eTWMLae fllj Sgf [ Seça ea\_ WfVAd [STWVSW\_ Sfe 05 (cinco) dias SbSc [VScgl [ Seça [ fVcS Va e fS ad Vb WAWWVW [fS UAL Va e fVae WUSd ae gobl [SVaez

22. FwZa Uê UŞ cgMS [ SV\_ bê UŞ badbMa Va egWadS 30 (trinta) dias Sboea vencimento original da mensalidade, SScM [Sa S exclusão Va ffgS ad Vg WAWWVW VabS a WSe WbS Vae` a bda [WV\_ etj\_ Wfa WbM [çaz

23. BaWMLbadfSd arSSM [çã Sa fbenefício e fboe X [S` arSS â [e W [çã SeLa` Vêo WwV\_ [ ZSelegibilidadeZ3` arSSM [çã baWbaVScg [VSSa Uj\_ bcl\_ Wfa W [ovos prazos de carência parciais ou totais WbUd Va Ua\_ ae` ad\_ S [raeVS W [e Seça W\_ h [Yad

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) dias**, 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), devolverei 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. A hSad\_ Wes Va e fTWMLae fbaWbaLadS e Wgl\_ fcdS gV / fllj S gV` S Ula W ag bad [ U WwV\_ [ fcdS W M [cgV aLadS gS\_ WwV ae\_ W [ V [Uae` S bay [ S # W [S bbaeS WSM [çã ag` S\_ Wad bW [U [SWbW [ fVS W\_ W [ WAWWVW W WVS VS VS\_ [ ZSSM [çã S W [S bbaeS bS S Sgf [ Seça\_ a` V [çS W bS S M [çã W W [fa e g [ Seça Vae e W [çã\_ e [Uae Vgã W W a f [Se / fllj ajuste por mudança de faixa etária [cgV aLadS Va a TWMLae ffgSdag WAWWVW [b\_ bMSg\_ S [SW [cgV fobSeSa [ fVWS [S] S V [çã SW\_ cgV aW W [a fcdS Ua` Xed\_ WSTVS S e W [çã d [S gV bad\_ gVS es W [S] S V [çã `ça e W [S Sa TWMLae W [S a W [çã e U [çã Va` fa b [U [S W\_ fllj S gV W W\_ ag f [çã Z [çã W [çã cgV W ZS\_ fSa S g [çã Vae fVSAgência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

### LINHAS DE PRODUTO

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
Até 18 anos	0%
De 19 a 23 anos	132,38%
De 24 a 28 anos	0%
De 29 a 33 anos	0%
De 34 a 38 anos	0%
De 39 a 43 anos	0%
De 44 a 48 anos	0%
De 49 a 53 anos	0%
De 54 a 58 anos	0%
59 anos ou mais	131,65%



PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
SA>7F:HA BAD367EÉA  
>V a +ã' (1+\*



ANS-nº41745-9

ANS-nº34840-6

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. Poderei **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.