

Objeto

Este aditivo tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, o prazo de carência, contado a partir do início de vigência contratual, durante o qual o beneficiário não terá acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta de Adesão, observados os **planos escolhidos** e as **faixas etárias**. Os prazos das carências reduzidas indicados no Aditivo de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos da Operadora.

Dos novos prazos para carência

Para início da utilização dos serviços contratados, os beneficiários deverão cumprir os prazos de carência, conforme descrito abaixo:

Grupo de Benefícios		CARÊNCIA CONTRATUAL 3623	CARÊNCIA REDUZIDA 3624
GRUPO 1	Urgência e Emergência em P.S. -Pronto-Socorro	24 horas	24 horas
GRUPO 2	Consultas Médicas e Consultas Multiprofissionais Eletivas (psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), Raios - X sem contrato e ECG - Eletrocardiograma (simples, ata resolução e 12 canais)	30 dias	15 dias
GRUPO 3	Exames Laboratoriais para Pesquisa e Dosagem de Ácido Láctico, Ácido Úrico, Colesterol Total e Frações, (HDL, LDL VLDL, Creatinina, Gama-Glutamil Transferase, Glicose, Potássio, Proteína C Reativa, Sódio, Transaminase Oxalacetica (Amino Transferase Apartato), Transaminase Piruvica (Amino Transferase De Alanina), Triglicerídeos, Ureia, Hemograma com Contagem De Plaquetas ou Frações (Eritrograma, Leucograma, Plaquetas, Parasitológico - Nas fezes e Rotina e Cultura De Urina (Caracteres Físicos, Elementos Anormais e Sedimentoscopia e contagem de Colônias).	30 dias	15 dias
GRUPO 4	Ultrassonografia do Abdome (Inferior, superior e/ ou total), Ultrassonografia do aparelho urinário; de estruturas superficiais ou partes moles; de globo ocular com ou sem doppler colorido; de mamas; de órgão superficiais (tireoide, escroto, pênis ou crânio); ultrassonografia obstétrica convencional com ou sem doppler colorido; endovaginal; morfológica respeitada a DUT - Diretriz de Utilização, e de perfil biofísico fetal.	90 dias	45 dias
GRUPO 5	Internações Clínicas, Cirúrgicas Neurológicas e Psiquiátricas; Micro e Pequenas Cirurgias em Nível Ambulatorial ou em Hospital Dia; Quimioterapias, Radioterapias;	180 dias	90 dias
GRUPO 6	Demais exames, terapias (psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional), Procedimentos e eventos não previstos nos Grupos 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8	180 dias	90 dias
GRUPO 7	Parto e Termo	300 dias	300 dias
GRUPO 8	Cobertura Parcial Temporária - CPT à DLP - Doenças e/ou Leões Preexistentes, alegadas ou constatadas.	24 meses	24 meses

Os exames, terapias, procedimentos e eventos descritos acima apenas terão cobertura quando previstos no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS e seus anexos, conforme normativa vigente, cessando a sua garantia de cobertura caso de exclusão do deferido Rol.



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREENSISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO

ANS - n° 31421-8

ANS - n° 41728-9

Folha 2/2

3623 Válido para clientes sem plano anterior, que não estejam dentro da regra de redução de carência ou com idade acima de 59 anos.

3624 Válido para clientes até 59 anos, que tenha permanecido no mínimo 6 (seis) meses em plano anterior pertencente a uma operadora/ seguradora com registro ANS.

Documentação Obrigatória

1. Cópia do cartão de identificação da operadora de origem constando a data de vigência;
2. 03 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano de origem, sendo que o último comprovante deve ter data de vencimento inferior a 30 dias;
3. Ou Carta de Permanência da operadora ou administradora de origem, sendo esta original em papel timbrado e assinado, onde deverá constar início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento.
4. Não se soma períodos de diversas operadoras, sendo válido o período de permanência somente da última operadora.

USUÁRIOS	OPERADORA	ACOMODAÇÃO	TEMPO DE PLANO	APTO PARA REDUÇÃO	
				SIM	NÃO
Todos					
Titular					
Dependente 01					
Dependente 02					
Dependente 03					
Dependente 04					

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 São Cristóvão Saúde. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas nesta proposta e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular / responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável