



# ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE Nº \_\_\_\_\_  
COLETIVO POR ADESAO. \_\_\_\_\_



Este aditivo é exclusivo para vendas realizadas até até 16/12/2021. Este aditivo substitui os prazos da TABELA DE CARÊNCIAS – PLANO DE SAÚDE, indicada na página 03, da proposta de adesão, cujo o número de identificação é o mesmo que consta no cabeçalho deste aditivo.

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 períodos de carências especificados no quadro abaixo deverão ser contados a partir do início de vigência do plano de saúde, conforme indicado na página 1 desta proposta de adesão.

## 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 boleto quitado não poderá ultrapassar 60 (sessenta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta de Adesão Smile.
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.

## CONDIÇÕES PARA O APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS:

- a) Possuir um plano de saúde anterior, de acordo com os períodos de permanência, estabelecidos na Tabela de Carências abaixo.
- b) Desde que atendidas as condições para a redução de carências, e após análise e aprovação da OPERADORA e de acordo com o período de permanência no plano anterior.
- c) O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo 60 (sessenta) dias do início de vigência da Proposta de Adesão Smile.
- d) Caso o beneficiário não se enquadre em umas das condições para redução parcial de carências, serão aplicadas as carências totais previstas na proposta de adesão.

## NÃO SERÃO REDUZIDAS CARÊNCIAS PARA PROPONENTES QUE SE ENQUADREM EM QUALQUER UMA DAS SEGUINTES CONDIÇÕES:

- Oriundos de planos cuja segmentação assistencial seja diferente da segmentação do plano contratado.
- Cuja data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do beneficiário no plano contratado;
- Oriundos de planos não regulamentados.

## TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

### PLANOS COM SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA E AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

GRUPO	COBERTURA	CARÊNCIA CONTRATUAL	ENTRE 06 E 11 MESES DO PLANO ANTERIOR	ENTRE 12 E 19 MESES DO PLANO ANTERIOR	ACIMA DE 20 (VINTE) MESES DO PLANO ANTERIOR
Grupo 0	Atendimentos de urgência e/ou emergência, e acidentes pessoais.	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo 1	Ácido úrico, Citologia oncótica (preventivo) e análise do material coletado, Colesterol total, Consulta com nutricionista, consultas em especialidades médicas (exceto consulta com psiquiatra, psicologia, fonoaudiologia e geneticista), Creatinina, Eletrocardiograma, Exames de raio-x simples, Ferretina, Glicemia de jejum, HDL, Hemograma completo, LDL, Parasitológico de fezes, PSA livre, PSA total, Sumário de urina, TGO, TGP, Tonometria, Triglicerídeos e Ureia.	30 dias	20 dias	15 dias	10 dias
Grupo 2	Colposcopia/biopsia/histopatológico, Dosagem de beta HCG, Exames laboratoriais das categorias: Bioquímico; Cropologia; Hematologia; Microbiologia e Urinalise (constantes no rol da ANS de cobertura obrigatória vigente à época da solicitação, exceto Procedimentos de Alta Complexidade), Exames de raio-x contrastado, Exames de ultrassonografia diagnóstica (exceto ultrassonografia intervencionista), Mamografia (exceto a mamografia digital).	90 dias	60 dias	45 dias	30 dias
Grupo 3	Todos os demais procedimentos conforme determinam o Rol de cobertura obrigatória da ANS.	180 dias	150 dias	60 dias	24 horas
Grupo 4*	Parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

\* Exceto para os planos com segmentação assistencial "Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia".



# ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

CONTRATO DE PLANO  
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE Nº \_\_\_\_\_  
COLETIVO POR ADESAO. \_\_\_\_\_



## PLANOS COM SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL

GRUPO	COBERTURA	CARÊNCIA CONTRATUAL	ENTRE 06 E 11 MESES DO PLANO ANTERIOR	ENTRE 12 E 19 MESES DO PLANO ANTERIOR	ACIMA DE 20 (VINTE) MESES DO PLANO ANTERIOR
Grupo 0	Atendimentos de urgência e/ou emergência, e acidentes pessoais.	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo 1	Ácido úrico, Citologia oncótica (preventivo) e análise do material coletado, Colesterol total, Consulta com nutricionista, consultas em especialidades médicas (exceto consulta com psiquiatra, psicologia, fonoaudiologia e geneticista), Creatinina, Eletrocardiograma, Exames de raio-x simples, Ferretina, Glicemia de jejum, HDL, Hemograma completo, LDL, Parasitológico de fezes, PSA livre, PSA total, Sumário de urina, TGO, TGP, Tonometria, Triglicerídeos e Ureia.	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo 2	Colposcopia/biopsia/histopatológico, Dosagem de beta HCG, Exames laboratoriais das categorias: Bioquímico; Cropologia; Hematologia; Microbiologia e Urinalise (constantes no rol da ANS de cobertura obrigatória vigente à época da solicitação, exceto Procedimentos de Alta Complexidade), Exames de raio-x contrastado, Exames de ultrassonografia diagnóstica (exceto ultrassonografia intervencionista), Mamografia (exceto a mamografia digital).	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
Grupo 3	Todos os demais procedimentos conforme determinam o Rol de cobertura obrigatória da ANS, para a segmentação ambulatorial.	180 dias	150 dias	60 dias	24 horas

Para doenças e lesões preexistentes serão aplicados o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT: aquele que admite por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da vigência do benefício, a suspensão da cobertura para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou representante legal.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carência e estou de acordo com os seus termos.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome do titular/responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome do corretor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Corretor: \_\_\_\_\_

Assinatura do titular/responsável: \_\_\_\_\_