

Pelo presente Termo de Aditivo Contratual, de um lado, o CONTRATANTE devidamente qualificado no contrato original ora aditivado, e de outro, a SAMEDIL - SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n.º 31.466.949/0001-05, com registro na ANS sob o n.º 33.561-4, Operadora de Saúde classificada como Medicina de Grupo, situada à Rua Pedro Fonseca, nº 170, Monte Belo, Vitória, Espírito Santo - CEP 29.053-280, com filiais situadas à Avenida do Contorno, nº 4.125, São Lucas, Belo Horizonte, Minas Gerais - CEP: 30.110-021, CNPJ 31.466.949/0009-62, Q Sgas 610, nº12, Asa Sul, Brasília, Distrito Federal - CEP: 70.200-700, CNPJ 31.466.949/0018-53, Avenida do Batel, nº 1.693, Batel, Curitiba, Paraná - CEP: 80.420-090, CNPJ 31.466.949/0012-68 e Avenida Cristovão Colombo, nº 813, Floresta, Porto Alegre, Rio Grande do Sul - CEP: 90.560- 004, CNPJ 31.466.949/0014-20 e Rua da Assembléia, nº 65, Centro, Rio de Janeiro - CEP: 20.011-001, CNPJ: 31.466.949/0023-10, que POR MERA LIBERALIDADE, DECIDE REDUZIR as carências do presente contrato, conforme promoção comercial para contratos firmados a partir de 17/03/2022, alteram a disposição contida no instrumento contratual, em sua Cláusula VI, conforme dispõe a seguir:

1. DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO

1.1. Poderão ser absorvidas as carências já cumpridas na Operadora anterior, desde que preenchidos os requisitos descritos no presente Aditivo.

1.2. A redução de carências será concedida desde que o contratante tenha no mínimo 6 meses de vigência no plano anterior (regulamentado), mesma segmentação assistencial e desde que atendido um dos critérios elencados no item 2.

1.2.1. Eventual aproveitamento de carências, não dispensa o Contratante do preenchimento da declaração de saúde no momento da contratação, devendo informar as doenças e lesões pré-existentes que possua.

1.3. PARA AS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES, A OPERADORA, ATENDENDO A RESOLUÇÃO NORMATIVA 162/2007 E SUAS ALTERAÇÕES, OFERTARÁ A CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, QUE É AQUELA QUE ADMITE, POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE ATÉ 24 MESES, A PARTIR DA DATA DA CONTRATAÇÃO OU ADESÃO AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, A SUSPENSÃO DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC), LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DESDE QUE RELACIONADOS EXCLUSIVAMENTE ÀS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.

1.3.1 DURANTE OS PRIMEIROS 24 MESES APÓS O INGRESSO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, CASO SEJA DETECTADA ALGUMA OMISSÃO OU FRAUDE DE CONDIÇÃO SABIDA DE DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE, A OPERADORA NOTIFICARÁ O BENEFICIÁRIO E OFERTARÁ A APLICAÇÃO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) PARA CIRURGIAS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - PAC DIRETAMENTE RELACIONADOS À RESPECTIVA DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE IDENTIFICADA. CASO O CONTRATANTE NÃO MANIFESTE CONCORDÂNCIA COM A APLICAÇÃO DA CPT EM PRAZO ESTABELECIDO PARA TAL, A OPERADORA PODERÁ ABRIR PROCESSO ADMINISTRATIVO JUNTO A ANS, FICANDO O CONTRATANTE SUJEITO À RESCISÃO DO CONTRATO, ALÉM DA COBRANÇA POR TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE SERIAM OBJETO DE CPT A PARTIR DA NOTIFICAÇÃO DA OPERADORA, SEM PREJUÍZO DA ADOÇÃO DE OUTRAS MEDIDAS LEGAIS CABÍVEIS.

2. DOS DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

2.1. O cumprimento dos requisitos acima será comprovado por meio da apresentação de um dos itens abaixo, em sua integralidade:

2.1.1. Cópia da Proposta de Adesão do plano anterior, dos boletos pagos referentes aos últimos 03 (três) meses e da carteirinha; ou

2.1.2. Cópia de um boleto antigo, dos boletos pagos referentes aos últimos 03 (três) meses e da carteirinha; ou

2.1.3. Documento oficial do plano anterior "Declaração do Tempo de Permanência" juntamente com os 03 (três) últimos boletos pagos ou contra-cheques (originais) e da carteirinha.

3. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Fica estabelecido que, para obter direito à redução das carências abrangidas por este aditivo, o(a) CONTRATANTE deverá apresentar documentação legal que comprove seu tempo de permanência em plano com a mesma segmentação assistencial na Operadora de plano de saúde anterior, de acordo com o item "Documentos Obrigatórios" do presente aditivo até a assinatura do contrato do plano.

3.1.1. Caso o Contratante não apresente os documentos exigidos ou não cumpra os critérios estabelecidos até o momento da assinatura do contrato do plano, não poderá pleitear posteriormente o aproveitamento de carência.

3.2. Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições do contrato.

	COBERTURAS	CARÊNCIA NORMAL	CARÊNCIA COM REDUÇÃO
I	Urgência, Emergência e Acidente Pessoal.	24 horas	24 horas
II	Consultas Médicas.	30 dias	24 horas
III	Exames simples: Exames simples de radiografias, laboratório e eletrocardiograma.	30 dias	24 horas
IV	Exames e Procedimentos Complexos I: Exames de laboratório – biologia molecular, imunológicos e hormonais; radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	90 dias	24 horas
V	Exames e Procedimentos Complexos II: Teste alérgico; densitometria.	120 dias	24 horas
VI	Exames e Procedimentos Especiais: Endoscopia intervencionista e diagnósticas; ultrassonografia intervencionista; holter; mapa; ultrassonografia diagnóstica com doppler; ecocardiograma com doppler; pequena cirurgia ambulatorial de porte anestésico zero; exames e testes específicos; eletrofisiológicos funcionais.	180 dias	24 horas
VII	Fisioterapias: Fisioterapias, fonoterapia, acupuntura; e demais terapias; exceto as ligadas à saúde mental.	180 dias	24 horas
VIII	Exames e Procedimentos de Alta Complexidade: Ressonância magnética nuclear; hemodinâmica, hemoterapia, radioterapia; hemodiálise de curta ou longa duração, quimioterapia; tomografia computadorizada; exames e procedimentos de medicina nuclear e demais exames e procedimentos cobertos por este contrato e não especificados nos grupos anteriores.	180 dias	24 horas
IX	Saúde Mental: Atendimento à Saúde Mental ambulatorial	180 dias	24 horas
X	Internações: Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI.	180 dias	24 horas
XI	Internações Psiquiátricas.	180 dias	24 horas
XII	Doenças ou lesões preexistentes com Cobertura Parcial Temporária - CPT	24 meses (não há aproveitamento de CPT)	

Beneficiário / Responsável

Nome (legível): _____

_____ , ____/____/____

Assinatura

Local

Data

Corretor

Nome (legível): _____ CPF: _____

_____ , ____/____/____

Assinatura

Local

Data