



## 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	Coberturas e Procedimentos	CARÊNCIA CONTRATUAL	REDUÇÃO 1	REDUÇÃO 2	REDUÇÃO 3	REDUÇÃO 4	REDUÇÃO 5
1	Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Médicas	30 dias	0	0	0	0	0
3	Análises Clínicas, Anatomia Patológica (exceto sob sedação ou vídeo), Raio-X Simples e Eletrocardiograma	30 dias	0	0	0	0	0
4	Ultrassonografia, Audiometria, Impedanciometria e Eletroencefalografia	120 dias	60 dias	30 dias	0	0	0
5	Radiologia Contrastada, Eletroencefalograma, Endoscopia Digestiva, Fisioterapia, Testes Oftalmológicos e Otorrinolaringológicos, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, demais Exames e Procedimentos Ambulatoriais	180 dias	120 dias	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
6	Internamentos Clínicos e Cirúrgicos	180 dias	120 dias	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
7	Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
8	Cobertura Parcial Temporária - CPT	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS PARA  
INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

Folha 02/03

## Critérios

- CARÊNCIA CONTRATUAL:** Para todos os beneficiários.
- REDUÇÃO 1:** Cliente sem plano de saúde.
- REDUÇÃO 2:** Até **03 meses** de permanência em operadora anterior.
- REDUÇÃO 3:** De **04 meses** a **05 meses** de permanência em operadora anterior.
- REDUÇÃO 4:** De **06 meses** a **11 meses** de permanência em operadora anterior.
- REDUÇÃO 5:** De **12 meses ou mais** de permanência em operadora anterior.

As carências promocionais descritas neste composto promocional, se concedidas, serão aplicadas tão somente aos beneficiários informados no momento da contratação.

## Operadoras Congêneres

Todas as Seguradoras e/ou Operadoras e devidamente regulamentadas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

## Documentação Obrigatória

### a) Beneficiários advindos de Plano Individual Familiar:

- a.1)** Carta de permanência com data de inclusão e exclusão;  
**a.2)** Cópia do contrato celebrado com Seguradora/Operadora anterior;

### b) Beneficiários advindos de Plano Coletivo Empresarial e/ou por Adesão:

- b.1)** Carta de permanência com data de inclusão e exclusão;  
**b.2)** Carta original da empresa em que trabalha(ou) ou Administradora (no caso de Planos Coletivos por Adesão), com o período de permanência, plano e acomodação na congênere anterior; ou  
**b.3)** Carta original da Operadora, com o período de permanência, plano e acomodação;

	Dados cadastrais	Operadora atual	Plano atual	Desde	Último pagamento	Código da carência a cumprir
Titular						
Dep. 1						
Dep. 2						
Dep. 3						
Dep. 4						
Dep. 5						



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS PARA  
INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

Folha 03/03

## Terão Direito a Redução

- Proponente que o seu plano de origem seja equivalente ao plano adquirido.
- Proponente oriundos de planos regulamentados pela Lei n° 9.656/98.
- 60 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos empresariais / adesão.
- 60 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos PF.

## 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 CLINIPAM. 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