

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**.

Dos novos prazos para carência

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

Procedimentos

**Carência Contratual
3773**

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Exames e procedimentos de baixa complexidade*	30 dias
Exames e procedimentos de média complexidade*	180 dias
Exames e procedimentos de alta complexidade*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 1*	30 dias
Exames e procedimentos - Grupo 2*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 3*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 4*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 5*	180 dias
Internações clínicas e cirúrgicas	180 dias
Parto a termo	300 dias
Doenças e lesões Pré existentes	24 meses

*As especificações dos exames e procedimentos de baixa, média e alta complexidade que compõem cada grupo encontram-se disponível para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

Redução A - Redução de carência válida para beneficiários adimplentes no contrato/operadora anterior.

Procedimentos A	Redução de Carência 3774	Redução de Carência 3775
Consultas e Exames Simples (Laboratórios e RX)	24 horas	24 horas
Internações Clínicas e Cirúrgicas (Inclusive UTI)	15 dias	24 horas
Exames Especiais*	90 dias	60 dias
Procedimentos de alto custo*	120 dias	90 dias
Partos	300 dias	300 dias
Doenças e lesões Pré existentes	24 meses	24 meses

*As especificações dos exames e procedimentos que compõem cada tipo encontram-se disponíveis para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

Redução B - Redução de carência válida para beneficiários que possuem mensalidades com no máximo 90 dias de atraso, contados da assinatura da proposta de adesão (inadimplentes no contrato/operadora anterior).

Procedimentos B	Redução de Carência 3776	Redução de Carência 3777
Consultas e Exames Simples (Laboratórios e RX)	24 horas	24 horas
Internações Clínicas e Cirúrgicas (Inclusive UTI)	20 dias	15 dias
Exames Especiais*	120 dias	90 dias
Procedimentos de alto custo*	180 dias	120 dias
Partos	300 dias	300 dias
Doenças e lesões Pré existentes	24 meses	24 meses

*As especificações dos exames e procedimentos que compõem cada tipo encontram-se disponíveis para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

Redução Promocional - Redução de carência válida para beneficiários que fizerem adesão ao plano nas vigências 01/04/2024 e 15/04/2024.

Procedimentos

**Redução de Carência
4058**

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	**Imediato
Exames e procedimentos de baixa complexidade*	**Imediato
Exames e procedimentos de média complexidade*	180 dias
Exames e procedimentos de alta complexidade*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 1*	30 dias
Exames e procedimentos - Grupo 2*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 3*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 4*	180 dias
Exames e procedimentos - Grupo 5*	180 dias
Internações clínicas e cirúrgicas	180 dias
Parto a Termo	300 dias
Doenças e lesões Pré existentes	24 meses

*As especificações dos exames e procedimentos que compõem cada tipo encontram-se disponíveis para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

** Isento para atendimento eletivo, clínicas próprias (Clínicas São Bernardo Saúde), e em toda rede credenciada.



ANS - n° 41728-9

ANS N° 36.376-6

Procedimentos

**Redução de Carência
3949**

Acidente Pessoal

Aproveitamento Total

Consultas Simples

Aproveitamento Total

Exames Simples

Aproveitamento Total

Exames Intermediários

Aproveitamento Total

Exames Especializados

Aproveitamento Total

Intern.Clín. E Cirúrgicas (Exceto Acidente Pessoal)

Aproveitamento Total

Parto

Aproveitamento Total

CPT (Cobertura Parcial Temporária)

Aproveitamento Total

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 3773 | Carência contratual |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> 3774 | Válido para beneficiários adimplentes no contrato/operadora anterior e que possuem entre 6 a 11 meses e 29 dias no plano anterior. |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> 3775 | Válido para beneficiários adimplentes no contrato/operadora anterior e que possuem 12 meses ou mais de plano anterior. |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> 3776 | Válido para beneficiários com mensalidades com no máximo 90 dias de atraso contados da assinatura da proposta de adesão (inadimplentes no contrato/operadora anterior) e que possuem entre 6 a 11 meses e 29 dias no plano anterior. |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> 3777 | Válido para beneficiários com mensalidades com no máximo 90 dias de atraso contados da assinatura da proposta de adesão (inadimplentes no contrato/operadora anterior) e que possuem 12 meses ou mais de plano anterior. |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> 4058 | Redução de carência válida para beneficiários que fizerem adesão ao plano nas vigências 01/04/2024 e 15/04/2024 . |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> 3949 | Válido para ex-clientes da São Bernardo Saúde advindos de plano pessoa física, desde que não tenha intervalo entre os planos, e advindos de plano pessoa jurídica, desde que não seja cancelado pela RN 412 (imediato) e não ultrapasse intervalo de 30 dias entre os planos. |



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



ANS - n° 41728-9

ANS N° 36.376-6

Folha 05/06

Congêneres Participantes

Todas as operadoras com registro na ANS.

Documentação Obrigatória

Para proponentes oriundos de plano de saúde individuais ou familiares:

- a. cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados (sendo o último do mês corrente, ou seja, do mês de assinatura da proposta*); e
- b. cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da Operadora anterior carimbada e assinada (atualizada).

* Para os proponentes que se enquadrem na “Redução B” cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados (sendo o último há no máximo 90 (noventa) dias, contados da data de assinatura da Proposta).

Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

- a. declaração da Pessoa Jurídica contratante (Operadora ou Administradora), em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
 - operadora contratada;
 - tipo de plano e acomodação em internação;
 - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.
- b. cópia do último recibo de pagamento quitado, somente quando se tratar de coletivo por adesão (sendo o último do mês corrente, ou seja, do mês de assinatura da proposta*).

* Para os proponentes que se enquadrem na “Redução B” cópia do último recibo de pagamento quitado, somente quando se tratar de coletivo por adesão (sendo o último do mês corrente, ou seja, do mês de assinatura da proposta).

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 COLETIVO POR ADESÃO**

ANS - nº 41728-9



ANS N° 36.376-6

Folha 06/06

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 Bernardo Saúde**. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadram 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