

**Este Requerimento de Redução de Carências** é parte integrante da proposta acima referida e visa conceder prazos de carência reduzidos, exceto Parto a Termo (cujo prazo de carência permanece sendo de 300 dias), contados a partir do início da vigência do benefício, aos proponentes elegíveis a essa redução. Atendidas as condições para a redução, e após análise e aprovação da administradora/operadora, serão praticados os prazos estabelecidos na «Tabela de redução» deste Requerimento.

### NÃO TERÁ DIREITO A REDUÇÃO

- Proponente oriundo de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais.
- Proponente portadores de doenças ou lesões preexistentes declaradas na «Declaração de Saúde» na proposta adesão.
- Proponente oriundos de planos não regulamentados pela Lei nº 9.656/98.
- Proponente a partir de 59 (cinquenta e nove) anos.

**ATENÇÃO:** a opção por plano com padrão de acomodação em internação superior ao do plano anterior implicará o cumprimento das carências contratuais integralmente, para os casos de internação.

A redução de carência prevista abaixo, só possui validade após análise e aprovação da administração da operadora.

Os eventos relacionados a internações e a procedimentos e/ou terapias de alta complexidade de qualquer tipo, que tenham sua carência reduzida em função do presente Requerimento, somente poderão ser realizados em Hospitais e/ou Serviços Próprios ou exclusivamente indicados pela operadora.

### 1. TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

Grupo de Carências	Carência Normal Contrato <input type="text"/>	Redução de Carência - Beneficiário			
		Promocional* <input type="text"/>	06 a 12 meses <input type="text"/>	13 a 18 meses <input type="text"/>	mais 18 meses <input type="text"/>
00- Urgências e Emergências	24 h	24 h	24 h	24 h	24 h
01- Urgências e Emergências	180 dias	30 dias	24 h	24 h	24 h
02- Consultas médicas eletivas	180 dias	30 dias	30 dias	15 dias	10 dias
03- Exames especiais	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	15 dias
04- Exames especiais	180 dias	150 dias	60 dias	30 dias	15 dias
05- Internações	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias
06, 07, 08- Internações e exames especiais	180 dias	180 dias	120 dias	90 dias	30 dias
09, 10, 11, 12 e 13- Internações e procedimentos	180 dias	180 dias	120 dias	90 dias	60 dias
14- Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

\*Para usuário que não possui plano de saúde anterior

Parágrafo Único: Às doenças e lesões preexistentes serão aplicados o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT) nos termos da Carta de Orientação ao Beneficiário.

**2. TABELA PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA (PARA USUÁRIO QUE NÃO POSSUI PLANO DE SAÚDE ANTERIOR)**

Grupo de Carências	Prazo para aquisição do direito de uso
0	24 (vinte e quatro) horas
1	30 (trinta) dias
2	30 (trinta) dias
3	90 (noventa) dias
4	150 (cento e cinquenta) dias
5	180 (cento e oitenta) dias
6,7,8	180 (cento e oitenta) dias
9,10,11,12 e 13	180 (cento e oitenta) dias
Parto a Termo	300 (trezentos) dias

Parágrafo Único: Às doenças e lesões preexistentes serão aplicados o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT) nos termos da Carta de Orientação ao Beneficiário.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Para efeito de aproveitamento de carências a **GREEN LINE** reserva-se no direito de aceitar apenas (i) beneficiários oriundos de planos regulamentados e (ii) com permanência mínima comprovada em outra operadora.

- O proponente deve possuir um plano de saúde anterior, com permanência mínima a partir de 06 (seis) meses ininterruptos.
- O plano anterior deve estar com a última parcela quitada há, no máximo, 30 (trinta) dias da vigência desta proposta.

**Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:**

- Contrato de Pessoa Física ou cartão de identificação com data de início no plano anterior.
- Comprovantes dos três últimos pagamentos quitados.

Na ausência de algum documento do item «a» ou «b» referidos anteriormente, será aceita declaração da operadora e cópia(s) da(s) carteirinha(s), atestando:

- o tipo de plano e padrão de acomodação em internação, a relação de beneficiários (titular e dependentes) e a data de início e fim de cobertura.

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

- Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ e cópia(s) da(s) carteirinha(s), informando:
  - a operadora contratada.
  - tipo de plano e padrão de acomodação em internação.
  - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim de cobertura.
- Comprovantes dos três últimos pagamentos quitados.

**Relação de congêneres aceitas pela operadora, desde que preencha todos os requisitos descritos acima:** Amil / Bradesco / Golden Cross / Intermedica / Maritima / Omint / São Cristóvão / Porto Seguro / Sulamerica / Unimed / Allians Saúde / Saude Caixa / Sompo / Santa Helena.

Proponente	Operadora anterior	Tempo de plano	Acomodação	Item de redução
Titular				
Dependente 1				
Dependente 2				
Dependente 3				
Dependente 4				

A redução das carências prevista pelo presente **REQUERIMENTO** não altera ou invalida as demais cláusulas contratuais.

Declaro ter recebido cópia deste requerimento de Redução de Carências e estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma Individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da operadora. Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas neste requerimento e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais. E, por estarem de acordo, firmam o presente requerimento as partes, em duas vias de igual teor e forma.

Local e Data \_\_\_\_\_

Beneficiário Titular ou Responsável Legal \_\_\_\_\_