

Pelo presente aditivo fica firmado entre as partes as alterações da cláusula, grupos de carências, do contrato ora assinado, passamos a valer conforme regras apresentadas abaixo:

1. Fica firmado que a redução dos prazos de carência é uma liberdade promocional da Santa Casa de Mauá, não podendo os vendedores/corretores se comprometerem nesse sentido; sendo que a redução de carência só terá validade, quando for definitivamente aceita pela Operadora Santa Casa de Mauá Saúde.
2. A redução parcial de carência será aplicada para o beneficiário titular e seus respectivos dependentes de qualquer idade respeitando as condições indicadas no parágrafo único deste aditivo.
3. A redução dos prazos de carência eventualmente concedidas pela operadora, não alterará as demais condições do contrato, principalmente aquelas relativas a limitações de Cobertura e Exclusões.
4. As reduções parciais de carências são aplicadas de forma individual, considerando-se a situação de cada membro do grupo familiar, observando que a data da última mensalidade quitada não poderá exceder a 60 dias da data da assinatura da nova proposta.

Carência

Grupo de Carências	Procedimentos / Eventos Médicos e/ou Hospitalares cobertos	Item de Redução			
		CAR-50 Novo Beneficiário	CAR-51 De 6 a 12 meses	CAR-52 De 13 a 24 meses	CAR-53 Acima de 24 meses
Grupo 0	Atendimento em Pronto-Socorros, nos casos de Urgência ou Emergência, resultada de acidente pessoal ou complicações gestacional	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo I	Consultas Eletivas, Exames laboratoriais, Análises Clínicas em bioquímica, hematologia, radiologia simples, eletrocardiograma, quando realizados na Rede credenciada, com devidas autorizações	30 dias	15 dias	15 dias	15 dias
Grupo II	Além dos benefícios acima, Teste Ergométrico, Testes de alergia, testes e exames oftalmológicos, teste e exames em Otorrinolaringologia, teste de imunológica e testes ortópteros	90 dias	60 dias	40 dias	30 dias
Grupo III	Além dos benefícios acima, demais exames de Análises clínicas, Cirurgias ambulatoriais simples (porte zero), exames de Anatomia Patológica, Colpocitopatologia, Citopatologia, Exames Endoscópicos, Provas de função pulmonar, exames de Líquor, Mapeamento de retina, Exames Angiológicos (Vascular periférico), Eletroneuromiografia Citologia oncótica, Densimetria Óssea, Exames com contrastes, Terapias, Mamografia, Endoscopia, Teste Ergométrico, Ultrassonografia e Eletroencefalografia, Mamografia e Endoscopia	120 dias	90 dias*	70 dias*	50 dias*
Grupo IV	Além dos benefícios acima, Internações clínicas e cirúrgicas, Videolaparoscopia, Radiologia Intervencionais, Tomografias, Medicina Nuclear, Tratamento Terapêutico contratualmente cobertos pelo Rol de Procedimentos da ANS	180 dias	120 dias*	90 dias*	60 dias*
Grupo V	Além dos benefícios acima, diálise e hemodiálise, Procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados a transplantes cobertos contratualmente e de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS, implantes, Internações Psiquiátricas, Internações de doenças infecto-contagiosas, Hemodinâmica, Neurocirurgia e Cirurgia Cardíaca, Quimioterapia e Radioterapia	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Grupo VI	Além dos benefícios acima - Cobertura para parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

(*) Exceto nos casos de patologia e lesões preexistentes. Associados portadores de tais lesões e patologias, deverão respeitar os prazos do CAR-50 e nos casos de procedimentos de alta complexidade (PAC), 24 meses.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Proponente	Operadora anterior	Tempo de plano	Acomodação	Item de redução
Titular				
Dependente 1				
Dependente 2				
Dependente 3				
Dependente 4				
Dependente 5				

5. Declaro para todos os fins e efeitos, em meu nome e de meus dependentes que nos casos de doenças e lesões pré-existentes, inclusive patologia/doenças congênitas, por mim apontadas na declaração de saúde, ter optado pela cobertura parcial temporária, não tendo nenhum interesse em contratar o agravo. Declaro também estar ciente que cumpriremos um prazo de suspensão de 24 meses para cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade, diretamente ligados à (às) patologia(s) e lesão(ões) pré-existentes declaradas ou não por mim ou por meus dependentes na declaração de saúde, conforme cláusula do contrato.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

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

Na ausência de algum documento do item «a» ou «b» referidos anteriormente, será aceita declaração da operadora, 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:

- a) Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, 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.
- b) Comprovantes dos três últimos pagamentos quitados.

Relação de congêneres aceitas pela Operadora:

Todas as operadoras / seguradoras devidamente registradas na ANS.

6. Declaro estar de acordo com os termos deste aditivo, emitido em duas vias de igual teor e ciente que a redução de carência será concedida após análises dos documentos e aprovação da Santa Casa.

Local e Data

Ass. Proponente Titular ou Responsável Legal