

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Este Aditivo de Regras de Carências é parte integrante da proposta acima referida e visa prestar ciência ao proponente de suas carências por tipo de cobertura do plano de saúde coletivo por adesão contratado.

PRAZO DE CARÊNCIAS

Não terá direito a redução - Beneficiários advindos da própria Plansaúde.

TABELA DE CARÊNCIA

Carência	Grupos de Procedimentos	Carência Contratual (há contar da data de vigência)	Válido para clientes, c/ permanência acima de 12 (doze) meses em planos de quaisquer operadoras
Urgência e Emergência	Consulta em Pronto Socorro	24 horas	24 horas
Consultas	Consulta Médica Ambulatoria	30 dias	24 horas
Exames Simples	Laboratório Simples, Radiografia Simples, Eletrocardiograma e Papanicolau	30 dias	24 horas
Exames de Média Complexidade	Ultrassonografia, Radiografia Contrastados, Laboratório de Média Complexidade, Teste Ergométrico, Mapa, Holter, Exames Oftalmológicos Simples, Exames Obstétricos e Audiometrias	90 dias	90 dias
Exames de Alta Complexidade	Cintilografias, Laboratório de Alta Complexidade, Tomografias, Ressonância Magnética, Punções Guiadas / Anatomopatológico, Endoscopias, Mamografias, Densitometria Óssea, Exames Oftalmológicos Complexos e Doppler	180 dias	90 dias
Procedimentos de Média Complexidade	Citologia, Pequenas Cirurgias e Colocação de Diu	180 dias	90 dias
Procedimentos de Alta Complexidade	Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise e Biopsias	180 dias	180 dias
Terapias	Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia e Acupuntura	180 dias	180 dias
Internações e Cirurgias		180 dias	180 dias
Parto a Termo		300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária		720 dias	720 dias

*todas as operadoras ativas com registro e segmento assistencial dos produtos

Carência Contratual: Válido para beneficiários sem plano anterior.

Carência Reduzida: Válido para beneficiários que tenha permanecido no mínimo 12 (doze) meses em plano anterior de uma operadora / seguradora devidamente regulamentada pela ANS.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

1. Cópia do cartão de identificação da operadora de origem constando a data da vigência.
2. 03 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano de origem, sendo que o último boleto quitado não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta de Adesão Plansaúde.
3. Ou Carta de Permanência da operadora ou administradora de origem, sendo esta origem em papel timbrado e assinado, onde deverá constar início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento.
4. Não soma-se períodos de diversas operadoras, sendo válido o período de permanência somente da última operadora.
5. Válido para beneficiários que tenha permanecido no mínimo 12 (doze) meses em plano anterior de uma operadora / seguradora devidamente regulamentada pela ANS.

	Dados Cadastrais	Data de nascimento	Plano atual	Desde	Cumprir Carência da Coluna
Titular					
Dep. 1					
Dep. 2					
Dep. 3					
Dep. 4					
Dep. 5					
Plano Contratado	Contrato vigente em:				
Documentação anterior entregue: () 3 últimos boletos () Cópia de cartão(ões) () Cópia do Contrato () Declaração de Operadora Anterior					

1. Via Administradora - 2. Via Cliente



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Não serão reduzidas as carências nos casos abaixo relacionados:

- Proponentes oriundos de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais;
- Proponentes oriundos de contratos não regulamentados pela lei 9.656/98;
- Proponentes oriundos da própria Plansaúde.

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas normas para promoções e tabela de vendas que foram apresentadas, e que este aditivo somente terá validade e efeito após aprovação por parte de Operadora. Caso não aprovado, prevalecerão as carências do contrato principal.

Estou ciente de que a possibilidade de redução de carência 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 enquandrem nas condições descritas neste Aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais ou promocionais conforme regra vigente neste aditivo.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carência e estou acordo com os seus termos.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

Corpore Administradora Plansaúde

ANS nº 41.896-0

ANS nº 41.936-2

1. Via Administradora - 2. Via Cliente



Fale com a gente



Av. Angélica, 321 | 13º andar | São Paulo | SP
11 2124 1888 / 0800 771 4799 11 94502 4905



corporeadministradora.com.br

Corpore Administradora de Benefícios



corporeadministradora



@Corpore_Adm