

Nº

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

- Este aditivo com carência promocional é válido exclusivamente para as propostas assinadas a partir de **01/04/2021 até 31/03/2022**
- Este Aditivo 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), e para a Cobertura Parcial Temporária, em caso de Doenças e Lesões Preexistentes declaradas (Prazo de suspensão são 24 meses.) 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/operadoras, serão praticados os prazos estabelecidos na Tabela de redução deste aditivo.

NÃO TERÁ DIREITO A REDUÇÃO

- Proponente oriundo de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais.
- Proponente portador de doenças ou lesões preexistentes declaradas na Declaração de Saúde na proposta adesão.
- Proponente oriundo de planos não regulamentados pela Lei nº 9.656/98.
- Proponente advindo de operadoras/seguradoras não participantes do quadro de empresas que a Notre Dame Intermédica listou para efeito de redução de carências.

1- Ficam alteradas as carências nos respectivos contratos.

PRAZOS DE CARÊNCIAS		Contrato	Padrão	Red. 1	Red. 2	Carência Promocional
Grupo	Descrição do grupo	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5
1	Atendimentos de Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Médicas – Rede Própria	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
3	Consultas Médicas – Rede Credenciada	30 dias	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
4	Exames simples – Rede Própria	30 dias	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
5	Exames simples – Rede Credenciada	30 dias	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria	180 dias	60 dias	30 dias	24 horas	24 horas
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Credenciada	180 dias	60 dias	30 dias	24 horas	24 horas
8	Exames Especiais, Terapias Especiais, Internações Clínicas e Cirúrgicas e Demais Procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – Rede Própria	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias	24 horas
9	Exames Especiais, Terapias Especiais, Internações Clínicas e Cirúrgicas e Demais Procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – Rede Credenciada	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias	24 horas
10	Transplantes, implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgias refrativas e obesidade mórbida	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	120 dias
11	Partos a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente é aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de **24 (vinte e quatro) meses**.

CONTRATO: Válido para beneficiários até 59 anos.

PADRÃO: Para beneficiários sem plano anterior.

REDUÇÃO 1 - A) Linha Smart: Para clientes oriundos de planos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados, com permanência mínima de 12 meses.

B) Linha Advance: Para clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 6 meses e máxima de 11 meses e 29 dias.

REDUÇÃO 2 - A) Linha Smart: Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 meses.

B) Linha Advance: Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 meses. OPERADORAS PARTICIPANTES: Allianz, Amha Atibaia, AMHEMED, Amil (Next, Medial, Lincx, One Health, Sobam e Santa Helena), Ana Costa Saúde, Assim Saúde, Biovida, Blue Med, Bradesco, Caberj, Cabesp, Care Plus, Cemeru, Cemil, Climed - Atibaia, Garantia de Saúde, Golden Cross, Haoc, Sompom (Marítima), Medical Health, Mediservice, Omint, Plena Saúde, Porto Seguro, Samaritano Saúde, Santa Casa (Bragança), Santa Casa de Mauá, São Cristóvão, São Miguel Saúde, Saúde Beneficência, Saúde Santa Tereza, Sulamérica, Tempo, Trasmontano, Notre Dame Seguradora, Unihosp, Unimed e auto gestões puras patrocinadas pelas empregadoras.

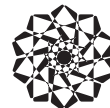
REDUÇÃO PROMOCIONAL: Linha Smart, Advance: Clientes advindos de outras operadoras congêneres com mais de 12 meses.

Notas: • Os prazos de carência da redução 1 e 2 permanecem inalterados; • Os critérios para carência contratual e padrão permanecem inalterados; • Não havendo compatibilidade será aplicada a redução 1. • Aceitação de junção de até 02 cartas de permanência de outras operadoras, desde que o intervalo entre os dois planos anteriores não seja superior a 30 dias. (Válido somente para REDUÇÃO 2 acima 12 meses).

CARÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

Grupo	Procedimentos	Prazo de carência
12	Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenção Clínica, Extração Simples	24 horas
13	Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, Periodontia e Endodontia	60 dias

v. dezembro.2021



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

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

- É válido o período de permanência somente da última operadora;
- A redução de carência será acatada com até 30 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos empresariais / adesão;
- A redução de carência será acatada com até 60 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos PF.

Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

- Cópia do cartão de identificação da congênere, desde que contenha a data de início de vigência; e
- Cópia dos 2 (dois) últimos comprovantes de pagamento com a Seguradora/Operadora anterior; ou
- Carta da Seguradora/Operadora, com o período de permanência, plano e acomodação.

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

- 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.
 - período de permanência
 - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim de cobertura.
- Comprovantes dos 02 (dois) 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.

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

A redução das carências prevista no presente **ADITIVO** não altera ou invalida as demais cláusulas contratuais.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo 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 aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

E, por estarem de acordo, firmam o presente aditivo as partes, em duas vias de igual teor e forma.

Estou ciente que a Administradora de Benefícios e a Operadora poderão realizar a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de meus dados pessoais e dados pessoais dos meus dependentes, incluindo, mas não se limitando: nome, endereço, CPF, profissão, telefone e e-mail, conforme permitido pela legislação aplicável. Estou ciente de que estes dados serão utilizados com o objetivo de atuar na viabilização, comercialização e administração dos produtos de assistência médica e/ou odontológica, no cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores, no atendimento à eventuais demandas judiciais e/ou para outras finalidades descritas na Política do Grupo NotreDame Intermédica. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade> e <https://www.corporeadministradora.com.br/>

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

1. Via Administradora - 2. Via Cliente

Corpore Administradora

NotreDame Intermédica

ANS nº 41.896-0

ANS nº 35.901-7