

ANS - nº 41728-9

ANS-nº 41577-4

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**. Os prazos das carências reduzidas indicados no Aditivo de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos:

INTEGRAL A 100 QOC – ANS: 484.534/19-0

INTEGRAL A 100 QOP – ANS: 484.532/19-3

INTEGRAL A 200 QOC – ANS: 484.533/19-1

INTEGRAL A 200 QOP – ANS: 484.531/19-5

ESSENCIAL A – ANS: 460.922/09-1

Mais A – ANS: 460.960/09-3

Dos novos prazos para carência

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

Grupo de Benefícios	CARÊNCIAS CONTRATUAIS PADRÃO 8617	REDUÇÃO DE CARÊNCIAS: NOVOS BENEFICIÁRIOS 8615	REDUÇÃO DE CARÊNCIAS: ADVINDOS DA CONCORRÊNCIA 8616
A atendimentos de urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas
B Consultas médicas (especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina). Consultas em outros profissionais de saúde (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo).	30 dias	24 horas	24 horas
C Exames complementares: Exames laboratoriais (por exemplo: bioquímica, coprologia, endocrinologia laboratorial, hematologia laboratorial, imunologia, microbiologia, urinalise), anatomia patológica, eletrofisiologia, radiografias sem contraste, ultrassonografias diagnósticas. Ficam excluídos deste grupo os exames de biologia molecular, exames de alta complexidade e/ou exames com DUT.	180 dias	30 dias	30 dias
D Exames Complementares PAC E DUT: exames laboratoriais (biologia molecular, exames de alta complexidade e/ou exames com DUT), anatomia patológica (exames de alta complexidade e/ou exames com DUT), endoscopias diagnósticas, exames de genética, exames de medicina nuclear (exemplo: cintilografia do miocárdio, PET CT oncológico), radiografias com contraste, ultrassonografias diagnósticas (exames de alta complexidade e/ou exames com DUT), ressonância magnética, tomografia computadorizada.	180 dias	120 dias	30 dias
E Procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero): realizados em consultórios.	180 dias	180 dias	30 dias
F Terapias - Tratamento Crônico: Hemodiálise, radioterapia, Betaterapia (placa de estrôncio), quimioterapia oncológica (injetável e oral), oxigenoterapia hiperbárica, terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea, estimulação elétrica transcraniana, imunoprofilaxia, terapia imunoprofilática com Palivizumabe para o vírus sincicial respiratório.	180 dias	180 dias	180 dias
G Terapias - Tratamento Convencional: Reabilitação (fisioterapia), acupuntura, fototerapia (PUVA), terapia inalatória, pulsoterapia, sessão de psicoterapia, sessão de terapia ocupacional, sessão de psicologia, sessão de psicoterapia, sessão de fonoaudiologia.	180 dias	180 dias	90 dias
H Internações eletivas: Clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, incluindo as denominadas "Day Clinic".	180 dias	180 dias	90 dias
I Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias
J Cobertura Parcial Temporária (CPT) para procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.	24 meses	24 meses	24 meses



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS PARA
INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREENSISTENTES
CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO



ANS - n° 41728-9

ANS-n° 41577-4

8617 Carência Contratual

8615 Redução de carências promocional para novos beneficiários - Válida para todos os proponentes, independentemente se possuidor ou não de plano anterior.

8616 Compra de carência para advindos da concorrência e afiliados as entidades** - Válida para todos os proponentes, com no mínimo **12 meses** comprovados de permanência em plano congênere anterior, de mesma abrangência, mesma acomodação, mesma segmentação assistencial e, ainda, com no máximo 30 dias da data de cancelamento na congênere, comprovantes dos últimos 3 pagamentos e cópia da carteira do plano ou carta de permanência do plano anterior com data e início e fim.

****ENTIDADES FILIADAS AO PROJETO ESPECIAL:** AGASPETRO, ANTRACC, INAPROF, SINDALERJ, SINDSPREV, SINDPOL, SSSJRJ, SINTUFRJ, SINTUR, SINDSISTEMA, SIND-DEGASE.

Para as reduções 8615 e 8616 o beneficiário deve ser possuidor de planos oriundos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados.

Congêneres Participantes

Todas as Seguradoras e/ou Operadoras e devidamente regulamentadas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Informações Importantes

A redução de carências somente será aplicada para as vidas que se enquadrem nos requisitos comerciais estabelecidos, devidamente comprovados no momento da venda, não ocorrendo compra de carências para as vidas posteriormente incluídas em rotina de movimentação cadastral. Caso haja o não aceite da redução de carências por parte da CABERJ INTEGRAL SAÚDE, deverá a Administradora de Benefícios estipulante comprovadamente informar o beneficiário sobre essa condição.

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 CABERJ INTEGRAL SAÚDE. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem 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