

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**.

Dos novos prazos para carência

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

| Procedimentos | Carência Contratual 3773 |
|---|------------------------------------|
| Urgência e Emergência | 24 horas |
| Consultas Médicas | 30 dias |
| Exames e procedimentos de baixa complexidade* | 30 dias |
| Exames e procedimentos de média complexidade* | 180 dias |
| Exames e procedimentos de alta complexidade* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 1* | 30 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 2* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 3* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 4* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 5* | 180 dias |
| Internações clínicas e cirúrgicas | 180 dias |
| Parto a termo | 300 dias |
| Doenças e lesões Pré existentes | 24 meses |

*As especificações dos exames e procedimentos de baixa, média e alta complexidade que compõem cada grupo encontram-se disponível para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

Redução A - Redução de carência válida para beneficiários adimplentes no contrato/operadora anterior.

| Procedimentos A | Redução de Carência 3774 | Redução de Carência 3775 |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Consultas e Exames Simples (Laboratórios e RX) | 24 horas | 24 horas |
| Internações Clínicas e Cirúrgicas (Inclusive UTI) | 15 dias | 24 horas |
| Exames Especiais* | 90 dias | 60 dias |
| Procedimentos de alto custo* | 120 dias | 90 dias |
| Partos | 300 dias | 300 dias |
| Doenças e lesões Pré existentes | 24 meses | 24 meses |

*As especificações dos exames e procedimentos que compõem cada tipo encontram-se disponíveis para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

Redução B - Redução de carência válida para beneficiários que possuem mensalidades com no máximo 90 dias de atraso, contados da assinatura da proposta de adesão (inadimplentes no contrato/operadora anterior).

| Procedimentos B | Redução de Carência 3776 | Redução de Carência 3777 |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Consultas e Exames Simples (Laboratórios e RX) | 24 horas | 24 horas |
| Internações Clínicas e Cirúrgicas (Inclusive UTI) | 20 dias | 15 dias |
| Exames Especiais* | 120 dias | 90 dias |
| Procedimentos de alto custo* | 180 dias | 120 dias |
| Partos | 300 dias | 300 dias |
| Doenças e lesões Pré existentes | 24 meses | 24 meses |

*As especificações dos exames e procedimentos que compõem cada tipo encontram-se disponíveis para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

Redução Promocional - Redução de carência válida para beneficiários que fizerem adesão ao plano nas vigências 01/05/2024 e 15/05/2024.

| Procedimentos | Redução de Carência 4058 |
|---|------------------------------------|
| Urgência e Emergência | 24 horas |
| Consultas Médicas | **Imediato |
| Exames e procedimentos de baixa complexidade* | **Imediato |
| Exames e procedimentos de média complexidade* | 180 dias |
| Exames e procedimentos de alta complexidade* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 1* | 30 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 2* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 3* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 4* | 180 dias |
| Exames e procedimentos - Grupo 5* | 180 dias |
| Internações clínicas e cirúrgicas | 180 dias |
| Parto a Termo | 300 dias |
| Doenças e lesões Pré existentes | 24 meses |

*As especificações dos exames e procedimentos que compõem cada tipo encontram-se disponíveis para consulta do beneficiário no site www.saobernardo.com.

** Isento para atendimento eletivo, clínicas próprias (Clínicas São Bernardo Saúde), e em toda rede credenciada.



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS COLETIVO POR ADESÃO



ANS - n° 41728-9

ANS N° 36.376-6

Procedimentos

Redução de Carência

3949

Acidente Pessoal

Aproveitamento Total

Consultas Simples

Aproveitamento Total

Exames Simples

Aproveitamento Total

Exames Intermediários

Aproveitamento Total

Exames Especializados

Aproveitamento Total

Intern.Clín. E Cirúrgicas (Exceto Acidente Pessoal)

Aproveitamento Total

Parto

Aproveitamento Total

CPT (Cobertura Parcial Temporária)

Aproveitamento Total

- 3773** **Carência contratual**
- 3774** Válido para beneficiários adimplentes no contrato/operadora anterior e que possuem entre **6 a 11 meses e 29 dias** no plano anterior.
- 3775** Válido para beneficiários adimplentes no contrato/operadora anterior e que possuem **12 meses ou mais** de plano anterior.
- 3776** Válido para beneficiários com mensalidades com no **máximo 90 dias** de atraso contados da assinatura da proposta de adesão (inadimplentes no contrato/operadora anterior) e que possuem entre **6 a 11 meses e 29 dias** no plano anterior.
- 3777** Válido para beneficiários com mensalidades com no **máximo 90 dias** de atraso contados da assinatura da proposta de adesão (inadimplentes no contrato/operadora anterior) e que possuem **12 meses ou mais** de plano anterior.
- 4058** Redução de carência válida para beneficiários que fizerem adesão ao plano nas vigências **01/05/2024 e 15/05/2024**.
- 3949** Válido para ex-clientes da São Bernardo Saúde advindos de plano pessoa física, desde que não tenha intervalo entre os planos, e advindos de plano pessoa jurídica, desde que não seja cancelado pela RN 412 (imediato) e não ultrapasse intervalo de 30 dias entre os planos.

Congêneres Participantes

Todas as operadoras com registro na ANS.

Documentação Obrigatória

Para proponentes oriundos de plano de saúde individuais ou familiares:

- cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados (sendo o último do mês corrente, ou seja, do mês de assinatura da proposta*); e
- cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da Operadora anterior carimbada e assinada (atualizada).

* Para os proponentes que se enquadrarem na “Redução B” cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados (sendo o último há no máximo 90 (noventa) dias, contados da data de assinatura da Proposta).

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

- declaração da Pessoa Jurídica contratante (Operadora ou Administradora), em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:

- operadora contratada;
- tipo de plano e acomodação em internação;
- relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.

- cópia do último recibo de pagamento quitado, somente quando se tratar de coletivo por adesão (sendo o último do mês corrente, ou seja, do mês de assinatura da proposta*).

* Para os proponentes que se enquadrarem na “Redução B” cópia do último recibo de pagamento quitado, somente quando se tratar de coletivo por adesão (sendo o último do mês corrente, ou seja, do mês de assinatura da proposta).

| | Dados cadastrais | Operadora atual | Plano atual | Desde | Último pagamento | Código da carência a cumprir |
|---------|------------------|-----------------|-------------|-------|------------------|------------------------------|
| Titular | | | | | | |
| Dep. 1 | | | | | | |
| Dep. 2 | | | | | | |
| Dep. 3 | | | | | | |
| Dep. 4 | | | | | | |
| Dep. 5 | | | | | | |



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS COLETIVO POR ADESÃO

ANS - n° 41728-9



ANS N° 36.376-6

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 **São Bernardo 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