

ANS - nº41728-9

ANS - nº42119-7

## Objeto

Este aditivo em tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos no Formulário 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 da Operadora.

## Tabela de Carências

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

Carência	Hospitales Cobertos	CAR-70	CAR-71	CAR-72	CAR-73
Grupo 1	Atendimento em pronto-socorros, nos casos de urgências ou emergências resultada de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo 2	Consulta eletiva, exames laboratoriais, análises clínicas (1) em bioquímica, hematologia, radiologia simples, eletrocardiograma, quando realizados na rede credenciada, com devidas autorizações	30 dias	15 dias	15 dias	15 dias
Grupo 3	Além dos benefícios acima, Teste Ergométrico, Testes de Alergia, Testes e exames Oftalmológicos, Testes e exames em Otorrinolaringologia, Testes de Imunológica, Testes Ortópteros.	90 dias	60 dias	40 dias	30 dias
Grupo 4	Além dos benefícios acima, Demais exames de análises clínicas(2), Cirurgias Ambulatoriais simples (porte zero), exames de Anatomia Patológica, Colpocitopatologia, Citopatologia, Exames Endoscópicos, Provas de função pulmonar, exame de Liquor, Mapeamento de retina, Exames Angiológicos (Vascular Periférico), Eletroencefalografia, Citologia oncológica, Densimetria Óssea, Exames com contrastes, Ultrassonografias e Eletroencefalografia; Mamografia, Endoscopia;	120 dias	90 dias (*)	70 dias (*)	50 dias (*)
Grupo 5	Além dos benefícios acima - Internações clínicas e cirúrgicas, videolaparoscopia, radiologia intervencionista, tomografia, medicina nuclear, tratamento terapêutico contratualmente coberto pelo Rol de Procedimentos da ANS	180 dias	120 dias(*)	90 dias (*)	60 dias (*)
Grupo 6	Além dos benefícios acima - diálise e hemodiálise, Procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados a Transplantes cobertos contratualmente e de acordo com Rol de Procedimentos da ANS, Implantes, Internações Psiquiátricas, Internações de doenças Infecto-contagiosas, Hemodinâmica, Neurocirurgia e Cirurgia Cardíaca, Quimioterapia e Radioterapia, Terapias (Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapias, Terapia Ocupacional).	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Grupo 7	Além dos benefícios acima - Cobertura para parto e termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Grupo 8	CPT - Cobertura Parcial Temporária para os casos de Doenças e Lesões Preexistentes	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

(\*) 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



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



ANS - nº41728-9

ANS - nº42119-7

## Crítérios:

- CAR 70** – Padrão – Válida para todos os beneficiários
- 
- CAR 71** – Válida para beneficiários comprovado o tempo de permanência de 06 a 12 meses, em plano anterior de Operadoras congêneres.
- 
- CAR 72** – Válida para beneficiários comprovado o tempo de permanência de 13 a 24 meses, em plano anterior de Operadoras congêneres.
- 
- CAR 73** – Válida para beneficiários comprovado o tempo de permanência superior a 24 meses, em plano anterior de Operadoras congêneres.
- 

- A redução de carência aceita são de todos os planos na modalidade ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e planos registrados na ANS.  
- Não serão aceitos beneficiários advindos de planos na modalidade apenas ambulatoriais ou apenas hospitalares e planos de operadoras não registradas na ANS.

## 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 Santa Casa de Mauá. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nº da proposta contratual: \_\_\_\_\_

Nome do titular / responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome do corretor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável