



Este aditivo de redução de carência é parte integrante do contrato de coberturas e despesas com Assistência Médica Hospitalar n.º _____, que tem como finalidade a redução de carências da Clausula XIV.

I GRUPOS DE COBERTURAS

1. Consultas médicas eletivas e em pronto socorros gerais ou especializados, exames simples realizados em regime ambulatorial de análises clínicas e hematologia como hemograma, urina tipo I, glicemia, parasitológico de fezes, triglicérides, ácido úrico, sódio, potássio, uréia, creatinina, papanicolau, radiodiagnósticos (Raio X) simples (não contrastado), eletrocardiograma entre outros.
2. Procedimentos de reabilitação física, respiratória, reeducação postural global, exames cardiológicos simples exceto eletrocardiograma que segue a carência conforme item (1), endoscopia digestiva, broncoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, audiometria, impedanciometria, BERA, otoneurologico completo, potencial evocado, testes alérgicos, prova de função pulmonar, retinografia fluorescente, biometria ultrassônica, paquimetria ultrassônica, microscopia especular de córnea, radiodiagnósticos (Raio X) contrastados ou panorâmicos, mamografias, eletroencefalografia, ultrasonograficos simples, e morfológico.
3. Cirurgias ambulatoriais de porte zero com anestesia local.
4. Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas;
5. Exames especiais de apoio diagnósticos como biopsias aspirativas, punções percutâneas, litotripsia, análises clínicas (quantitativas, qualitativas, sorologias, anticorpos, imunoperoxidase e imunohistoquicas), histerosalpingografia, liquor, polissonografia, mapeamento cerebral, eletroneuromiografia e ultra-sonograficos com duplex scan ou dopler.
6. Exames e procedimentos de alta complexidade definidos pelo Rol de procedimentos - RN nº 82/04, e suas atualizações.
7. Parto a termo;
8. Cobertura dos casos de Urgência e Emergência, na forma da Resolução CONSU nº 13.
9. DOENÇA(S) E LESÃO(ÕES) PREEXISTENTE(S).

II GRUPOS DE COBERTURAS

CÓDIGO	ORIGEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PLANOS REGULAMENTADOS									
01	NOVO BENEFICIÁRIO	30 d	60 d	90 d	150 d	150 d	180 d	300 d	24 h	720 d
02	24 meses no plano anterior	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero

OBSERVAÇÕES

- 1) Documentação necessária:
 - 1.1) Últimas 3 parcelas quitadas (cópias autenticadas ou originais), com prazo inferior a 60 (sessenta) dias de inadimplência e comprovação do tempo no plano anterior.
 - 1.2) Cópia do CPF e RG.
 - 1.3.) Documento original ou cópia autenticada comprovando data de início no plano anterior (carteirinha / proposta).
- 2) No prazo de 20 dias, contados da assinatura da presente proposta, a Itálica Saúde procederá a análise dos documentos apresentados e formalizará a aceitação ou recusa da redução de carências proposta pelo presente instrumento. A aceitação da redução de carências efetivará com encaminhamento do Cartão de Identificação do beneficiário.
- 3) A Itálica Saúde poderá recusar a redução de carências em razão da não confirmação do cumprimento no plano de saúde anterior. Caso isso ocorra será encaminhada correspondência ao proponente comunicando a impossibilidade de redução o que importa no cancelamento da proposta de adesão, sem que haja qualquer vinculação ou obrigação recíproca entre as partes, uma vez que condicionada à redução de carências.
- 4) Durante o prazo estabelecido para análise da Proposta de Adesão e até que a Itálica Saúde aceite a proposta com o encaminhamento do Cartão da Identificação, o beneficiário não terá direito às coberturas previstas na proposta firmada, exceto, se for o caso, a cobrança de eventual utilização indevida.



- 5) As coberturas dos grupos citados no item I Grupos de Coberturas terão atendimento somente na Rede Referenciada.
- 6) Todos os beneficiários aderidos a este contrato deverão comparecer a entrevista médica previamente definida pela Itálica Saúde, conforme consta na Lei Federal nº 9656/98.

O CONTRATANTE declara estar ciente:

- 1) Das condições estabelecidas no item I deste aditivo, bem como das demais carências estabelecidas nos itens II.
- 2) Que a Declaração de Saúde tem por objetivo, registrar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes, entendidas como sendo aquelas que o Proponente Titular tenha conhecimento no momento da assinatura da Proposta de adesão, em relação a si próprio ou a qualquer outra pessoa inscrita como Dependente.
- 3) Que a omissão de informação sobre a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) na qual o Proponente Titular seja conhecedor no momento do preenchimento da declaração de saúde, caracterizará comportamento fraudulento, que, após comprovação junto à ANS, acarretará em suspensão ou rescisão unilateral do contrato.
 - 3.1) Que se no prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, for constatada a omissão referida na Declaração de Saúde a Itálica Saúde imediatamente notificará o Beneficiário Titular dessa constatação e submeterá o caso à apreciação da ANS.
 - 3.2) Que até a decisão da ANS, a Itálica Saúde não poderá suspender o Contrato nem o Atendimento. Contudo, havendo a ANS acatado as Argumentações da Itálica Saúde, a fraude (Omissão de Informação) estará comprovada, o que acarretará em rescisão unilateral do Contrato e em responsabilidade do Beneficiário Titular pelo ressarcimento à Itálica Saúde de todas as despesas realizadas com o tratamento da(s) doença(s) e/ou lesão(ões) omitida(s), desde a data em que tenha recebido a comunicação ou notificação da Itálica Saúde alegando a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) não declaradas.
4. Que este aditivo foi emitido em 2 (duas) vias de igual teor.
5. Que a Itálica Saúde oferece como opção os tipos de segmentação, abaixo, que serão escolhidos pelo contratante na proposta de Adesão, que é parte integrante, conforme cláusula VIII.
 - 5.1. Itálica Sênior Enfermaria, REG.: nº 426.025/99-2, conforme cláusula VIII.
 - 5.2. Itálica Sênior Apartamento, REG.: nº 426.026/99-1, conforme cláusula VIII.

Obs. Permanecem inalteradas as demais cláusulas contratuais.

São Paulo _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular