

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Exceto para Parto e Doenças Pré-Existentes



Contrato N.º

O presente instrumento, que fica fazendo parte integrante do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, as partes, resolvem, de comum acordo, reduzir as **CARÊNCIAS** estipuladas na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**.

1. Mediante as condições e os documentos apresentados pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR / RESPONSÁVEL**, em conformidade com as disposições contidas no "item 2" do presente instrumento, o **PLANO DE SAÚDE SÃO CRISTÓVÃO** concorda em reduzir as **CARÊNCIAS** estipuladas na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**.

2. Para a redução de carências, objeto do presente instrumento, o(s) **BENEFICIÁRIOS(S)** deverá apresentar os seguintes documentos:

Se o(s) Beneficiário(s) for(em) oriundo(s) de Plano de Operadora/Seguradora de Saúde do tipo Individual/Familiar:

- Documento que comprove o início de vigência do Plano de Saúde anterior;
- Célula de identificação do(s) **BENEFICIÁRIO(S)**, ou comprovante de participação no Plano/Seguro de Saúde anterior; e,
- 3 (três) últimos comprovantes de pagamento do Plano de Saúde anterior.

Se o(s) Beneficiário(s) for(em) oriundo(s) de Plano de Saúde tipo coletivo:

- Carta em papel timbrado da empresa, datada, assinada e carimbada pelo responsável legal, informando: nome da prestadora de assistência médica, padrão de acomodação do Plano de Saúde anterior, tipo de acomodação, tempo de permanência e nome(s) do(s) participante(s) Plano de Saúde Anterior.

3. De acordo com as informações prestadas e os documentos apresentados pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR / RESPONSÁVEL**, as carências previstas na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** ficam reduzidas conforme tabela abaixo, para os Beneficiários descritos:

CARÊNCIAS CONTRATUAIS

PROCEDIMENTOS/EVENTOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES	CARÊNCIAS	REDUÇÃO
Atendimento de Urgência e Emergência	24h	24h
Consultas e exames Básicos	30 dias	15 dias
Exames especiais e procedimentos de alta complexidade	180 dias	90 dias
Internações hospitalares	180 dias	90 dias
Internação Hospitalar Obstétrica (Parto a Termo e suas Consequências)	300 dias	300 dias
Doenças e Lesões Pré-existentes	720 dias	720 dias

4. Todas as demais cláusulas e condições não alteradas através do presente instrumento são expressamente ratificadas pelas partes. E por estarem assim, justas e contratadas, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Hora: ____ : ____

Ass. Beneficiário Titular / Responsável

RG Beneficiário Titular / Responsável

Nome/Carimbo Corretor

Plano de Saúde São Cristóvão