



CARÊNCIA PROMOCIONAL VÁLIDA ATÉ A VIGÊNCIA 01/07

Somente para as entidades de classe Abracem, Apiberj, FCDL e UDFE / AEESP.

Este Aditivo de Redução de Carência é parte integrante da Proposta de Adesão nº _____, e visa conceder carências reduzidas, aplicando-se aos usuários e seus dependentes.

Para o Beneficiário que já possui plano de saúde Ana Costa e deseja optar por um plano com acomodações superior ao anterior, implicará no cumprimento de carências para acomodação e rede credenciada específica do novo plano, não enquadrando-se no aditivo abaixo:

ITEM	COBERTURA	CARÊNCIA CONTRATUAL	REDUÇÃO PROMOCIONAL	REDUÇÃO POR CONGÊNERES *
A	Urgência e Emergência.	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
B	Para consultas, exames preventivos ginecológicos (colposcopia, papanicolau), exames de análises clínicas, raio x sem contraste e eletrocardiograma.	30 DIAS	10 DIAS	10 DIAS
C	Para exames anatomo-patológicos, raio x com contraste, Ultrassonografia, bioimpedanciometria, endoscopia, fisioterapia.	180 DIAS	180 DIAS	120 DIAS
D	Tomografia computadorizada, teste de função pulmonar, "tilt testes" e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamento, cintilografia e terapia), ecocardiografia, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografia, laparoscopia, quimioterapia, radioterapia, diálise peritoneal, hemodiálise, litotripsia, pequenas cirurgias, internações clínicas, internações cirúrgicas.	180 DIAS	180 DIAS	150 DIAS
E	Parto a termo.	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS
F	CPT	24 MESES	24 MESES	24 MESES

IMPORTANTE: Os períodos de carência serão contados a partir da data de vigência do plano de saúde.

* Congêneres: todas as Unimed, Grupo Amil, Intermédica e todas as seguradoras.

O Contrato da Operadora anterior deverá ter no mínimo 12 (doze) meses de vigência e deverão ser encaminhadas as 03 (três) últimas mensalidades pagas, admitindo-se uma inadimplência de no máximo 30 (trinta) dias anteriores à data de vigência da proposta de adesão para usuários com até 59 anos.

Usuários	Operadora	Acomodação	Tempo de Plano	Apto para redução	
				SIM	NÃO
Todos					
Titular					
Dependente 01					
Dependente 02					
Dependente 03					
Dependente 04					

Declaro estar de acordo com os termos deste aditivo emitido em duas vias de igual teor, ciente que a redução será concedida após análise e aprovação dos documentos, e que caso estejam incompletos, perderei o direito à redução de carências.



ASSINE AQUI

_____/_____/_____
Data

ANA COSTA SAÚDE

Assinatura do Titular

ANS - nº 36.024-4