

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES QUE TEM POR OBJETO A REDUÇÃO DE CARÊNCIAS**

O presente aditivo, tem por objeto a redução das carências estabelecidas na cláusula sétima do contrato ora aditado.

Em conformidade com as informações prestadas e dos documentos comprobatórios apresentados pelo proponente, ficam reduzidos os prazos das carências em razão da dedução do período cumprido no plano de saúde anterior, contratado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ com a Operadora \_\_\_\_\_.

No prazo de 20 dias, contados da assinatura da presente proposta, a Operadora 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 ensejará o encaminhamento do Cartão de Identificação do beneficiário, estando em vigor o contrato na forma e condições nele estabelecidas.

A Operadora poderá recusar a redução de carências em razão da não confirmação do cumprimento no plano de saúde anterior ou nos casos em que o proponente esteja internado ou com procedimento cirúrgico programado, bem como em outros casos a critério exclusivo da Operadora, tais como: "planos de auto gestão, co-participação, etc". Nesses casos, 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.

Durante o prazo estabelecido para análise da Proposta de Adesão e até que a Operadora aceite a proposta com o encaminhamento do Cartão da Identificação, o beneficiário não terá direito às coberturas previstas na proposta firmada, ensejando, se for o caso, a cobrança de eventual utilização indevida.

**PREENCHER ESTA VIA SOMENTE PARA SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA / PORTABILIDADE.**

**\*NÃO ATENDENDO AOS REQUISITOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS AS (DUAS) VIAS DEVERÃO SER DEVOLVIDAS A OPERADORA SEM PREENCHIMENTO.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do Beneficiário(a)  
ou Responsável

Nome Intermediário(a) entre  
Operadora e Beneficiário(a)

Assinatura do Beneficiário(a)  
ou Responsável

Assinatura Intermediário(a)  
Entre Operadora e Beneficiário (a)



**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES QUE TEM POR OBJETO A REDUÇÃO DE CARÊNCIAS**

O presente aditivo, tem por objeto a redução das carências estabelecidas na cláusula sétima do contrato ora aditado.

Em conformidade com as informações prestadas e dos documentos comprobatórios apresentados pelo proponente, ficam reduzidos os prazos das carências em razão da dedução do período cumprido no plano de saúde anterior, contratado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ com a Operadora \_\_\_\_\_.

No prazo de 20 dias, contados da assinatura da presente proposta, a Operadora 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 ensejará o encaminhamento do Cartão de Identificação do beneficiário, estando em vigor o contrato na forma e condições nele estabelecidas.

A Operadora poderá recusar a redução de carências em razão da não confirmação do cumprimento no plano de saúde anterior ou nos casos em que o proponente esteja internado ou com procedimento cirúrgico programado, bem como em outros casos a critério exclusivo da Operadora, tais como: "planos de auto gestão, co-participação, etc". Nesses casos, 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.

Durante o prazo estabelecido para análise da Proposta de Adesão e até que a Operadora aceite a proposta com o encaminhamento do Cartão da Identificação, o beneficiário não terá direito às coberturas previstas na proposta firmada, ensejando, se for o caso, a cobrança de eventual utilização indevida.

**PREENCHER ESTA VIA SOMENTE PARA SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA / PORTABILIDADE.**

**\*NÃO ATENDENDO AOS REQUISITOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS AS (DUAS) VIAS DEVERÃO SER DEVOLVIDAS A OPERADORA SEM PREENCHIMENTO.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do Beneficiário(a)  
ou Responsável

Nome Intermediário(a) entre  
Operadora e Beneficiário(a)

Assinatura do Beneficiário(a)  
ou Responsável

Assinatura Intermediário(a)  
Entre Operadora e Beneficiário (a)

