



HBC SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF nº 05.011.316/0001-00
Registro na ANS nº 41.435-2

PROPOSTA / CONTRATO de COBERTURA de
DESpesas com ASSISTÊNCIA à SAÚDE
(AMBULATORIAL + HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA)

Nº

1. Prazos de Carências

- 1.1. Os prazos de carências a ser cumpridos serão aqueles contratualmente previstos, que poderão, eventualmente, ser reduzidos, em decorrência de participação anterior do beneficiário (titular ou dependente) em planos de saúde equivalentes (tanto em termos de coberturas como em termos de acomodação hospitalar e abrangência geográfica da cobertura assistencial), conforme quadro demonstrativo abaixo:

Tempo de plano anterior ==>	Até 06 meses (Prazos Contratuais)	De 07 a 12 meses (Tabela 1)	De 13 a 24 meses (Tabela 2)	Mais de 24 meses (Tabela 3)
Grupo de Carências	Redução dos Prazos Carências			
0	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
1	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
2	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
3	120 dias	90 dias	30 dias	24 horas
4	180 dias	150 dias	120 dias	90 dias
5	180 dias	180 dias	180 dias	150 dias
6	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

- 1.2. Para a redução de prazos carenciais deverão ser observadas as seguintes condições:

- o plano anterior deve estar em vigor há, no mínimo, 07 (sete) meses ininterruptos;
- o plano anterior deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo 60 (sessenta) dias;
- o plano anterior deve ser regulamentado e ser plenamente equivalente ao plano a ser contrato, em termos de segmentação assistencial, abrangência geográfica, acomodação hospitalar etc.;
- a documentação comprobatória deve ser apresentada à Operadora, para análises e aprovação, ou não, da redução de prazos carenciais pretendida, sendo os seguintes os documentos a ser apresentados em **cópias legíveis**:

d.1) **Beneficiários oriundos de planos individuais/familiares:** É necessário anexar a carta de permanência de início de vigência, assinada e carimbada pela Operadora de plano de Saúde e cópia dos 3 (três) últimos pagamentos de mensalidades quitados ou documento formal emitido pela Operadora congênere, comprovando a situação de regularidade financeira pelo menos dos últimos 07 (sete) meses de pagamentos de mensalidades.

d.2) **Beneficiários oriundos de planos Coletivos Empresariais:** Cópia da Credencial (frente e verso) se tiver, declaração formal da Empresa contratante e/ou Operadora, informando a Operadora contratada, o tipo de plano e o padrão de acomodação hospitalar, além de relação de dependentes incluídos, com as respectivas datas de início e fim de cobertura. O prazo da exclusão dos beneficiários não poderá exceder 60 (sessenta) dias. Redução de Carência sujeita aprovação do HBC Saúde.

2. O Beneficiário titular, por si ou pelo seu representante legal, declara:

- ter recebido cópia deste Aditivo, estando de acordo com os seus termos;
- estar ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada beneficiário (titular ou dependente), e de que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora;
- estar ciente, também, de que os beneficiários que não se enquadrarem nas condições descritas neste Aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente os prazos carenciais contratuais.

Local e data

Beneficiário Titular / Representante legal

ADITIVO DE REDUÇÃO DE PRAZOS DE CARÊNCIAS

TITULAR / AGREGADO	GRAU	TIPO TABELA	PLANO ANTERIOR

1. Quadro de Carências

1.1. Para efeito deste Aditivo, será considerado o quadro geral de carências previsto no item 7.1. da cláusula contratual nº 7 (Períodos de Carências), como segue:

Grupo de Carência	Procedimentos/Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos
0	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98.
1	Além dos atendimentos descritos acima, o Beneficiário adquire o direito a: a) atendimento, em prontos-socorros, gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente; b) consultas médicas eletivas; c) exames, realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em sangue, fezes e urina; radiologia simples (não contrastada); eletrocardiograma.
2	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) endoscopia digestiva alta; c) teste ergométrico; d) ultrassonografias; d) eletroencefalografia; exames oftalmológicos; e) fisioterapia.
3	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/ eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia, d) exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); e) provas de função pulmonar; líquor; mapeamento de retina; f) exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroneuromiografia. i) exames de citologia oncológica (papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.
4	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) internações, clínicas e cirúrgicas, com exceção do previsto nos Grupos de Carência 5 e 6; b) laparoscopia c) tomografia computadorizada; d) coronariografia; ressonância magnética; d) tomografia computadorizada; e) com exceção daqueles previstos no Grupo de Carência 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.
5	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) consultas/sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional; b) consultas / sessões com Fonoaudiólogo; c) consultas/sessões com Terapeuta Ocupacional; d) consultas/sessões com Nutricionista; e) sessão de psicoterapia; f) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; g) procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou implantes e suas conseqüências; h) internações hospitalares psiquiátricas; i) internações hospitalares de portadores de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; j) hemodinâmica e angiografia digital; transfusões e hemoderivados; l) neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vaso-cerebral; m) angioplastias em geral; n) quimioterapia e radioterapia; o) procedimentos cobertos com <i>diretrizes de utilização</i> , conforme definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (tais como cirurgias esterilizantes, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); p) procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar.
6	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à <i>cobertura de partos a termo</i> .