















**Crítérios de Redução de Carência**

- Os prazos de carência serão contados a partir do início de vigência do benefício.
- Idade limite para redução 59 anos 11 meses e 29 dias na data de vigência.
- Não serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:
  - Proponentes oriundos de planos que ofereçam somente cobertura hospitalar.
  - Proponentes oriundos do sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares.
  - Proponentes oriundos de planos não regulamentados pela lei 9656/98.
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo 60 dias do início de vigência da proposta.
- Permite junção de planos, desde que as operadoras constem na lista de congêneres e não tenha nenhum dia de intervalo entre os planos.
- O proponente deve possuir um plano de saúde anterior no qual tenha permanência mínima de 06 meses ininterruptos;
- Recém nascidos: Caso a criança não tenha sido inclusa no plano anterior, a mesma precisa ter até 30 dias de nascido no início da vigência no novo plano, para que ela tenha as mesmas carências da mãe.
- Em um contrato familiar com redução de carência composto por beneficiário que tenha idade igual ou superior a 60 anos e outro beneficiário com idade inferior, será necessária uma declaração do titular cliente que o beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos, irá cumprir as carências contratuais.
- **Relação de operadoras congêneres:** Allianz, Ameplan, Amil, Assesfaz, BB Seguros, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa), Care Plus, Cassi, Dix Saúde, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Geap, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Green Line, Hapvida, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, Omint, One Health, Pame, PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano), Plena Saúde, Porto Seguro, Promédica, Quality Pró Saúde, SAMEL, Santa Helena São Cristóvão, Saúde Casseb, Saúde Sim, Slam, Sompo Seguros, Sul América, Transmontano, União Médica, Unihosp e Unimed's (incluindo FAMA).
- **Documentos necessários para ex-beneficiários oriundos de planos pessoa física ou adesão:** cópia dos 03 últimos boletos com os comprovantes de quitação e cópia da carteirinha com a data de início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento) ou declaração de permanência emitida pela operadora com data de emissão máxima de 60 dias.
- **Documentos necessários para ex-beneficiários oriundos de planos empresariais ou PME:** apresentar declaração de permanência emitida pela operadora contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano com data de emissão máxima de 60 dias.

Procedimento	Carência Contratual	Tempo de plano anterior (6 a 11 meses)	Tempo de plano anterior (A partir de 12 meses)
Urgências, acidentes pessoais ou emergências,	24 horas	24 horas	24 horas
Consulta eletivas	30 dias	24 horas	24 horas
Exames Básicos - aqueles não considerados como complexos	30 dias	24 horas	24 horas
Exames Especiais - exames classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) ou com Diretriz de Utilização (DUT)	180 dias	60 dias	24 horas
Procedimentos Terapêuticos especiais	180 dias	90 dias	24 horas
Tratamento psicoterápico de crise	180 dias	90 dias	24 horas
Tratamentos cirúrgicos ambulatoriais	180 dias	150 dias	24 horas
Internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas	180 dias	150 dias	24 horas
Partos a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Doenças ou lesões preexistentes	720 dias	720 dias	720 dias