

Pelo presente Termo de Aditivo Contratual, a **SAMEDIL - SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n.º 31.466.949/0001-05, com registro na ANS sob o n.º 33.561-4, Operadora de Saúde classificada como Medicina de Grupo, situada à Rua Pedro Fonseca, nº 170, Monte Belo, Vitória, Espírito Santo - CEP 29.053-280, com filiais situadas à Avenida do Contorno, nº 4.125, São Lucas, Belo Horizonte, Minas Gerais - CEP: 30.110-021, CNPJ 31.466.949/0009-62, Q Sgas 610, nº12, Asa Sul, Brasília, Distrito Federal - CEP: 70.200-700, CNPJ 31.466.949/0018-53, Avenida do Batel, nº 1.693, Batel, Curitiba, Paraná - CEP: 80.420-090, CNPJ 31.466.949/0012-68, Avenida Cristovão Colombo, nº 813, Floresta, Porto Alegre, Rio Grande do Sul - CEP: 90.560-004, CNPJ 31.466.949/0014-20, Rua da Assembléia, nº 65, Centro, Rio de Janeiro - CEP: 20.011-001, CNPJ: 31.466.949/0023-10 e Avenida Paulista, nº 2006, Bela Vista, São Paulo, São Paulo - CEP: 01.310-926, CNPJ 31.466.949/0033-92, **POR MERA LIBERALIDADE, DECIDE REDUZIR PARCIALMENTE** as carências do presente contrato, alterando-se a disposição contida no instrumento contratual, em sua Cláusula VI, conforme promoção comercial para contratos firmados a partir de **01/06/2021**.

1. DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO

1.1 Serão reduzidas, parcialmente, as carências dos beneficiários que não possuíram vínculo com outras Operadoras ou que tenham o seu plano de saúde anterior cancelado por período superior a 60 (sessenta) dias, conforme tabela abaixo:

	COBERTURAS	DE	PARA
I	Urgência, Emergência e Acidente Pessoal.	24 horas	24 horas
II	Consultas Médicas.	30 dias	24 horas
III	Exames simples: Exames simples de radiografias, laboratório e eletrocardiograma.	30 dias	24 horas
IV	Exames e Procedimentos Complexos I: Exames de laboratório – imunológicos e hormonais; radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	90 dias	24 horas
V	Exames e Procedimentos Complexos II: Teste alérgico; densitometria.	120 dias	90 dias
VI	Exames e Procedimentos Especiais: Endoscopia intervencionista e diagnósticas; ultrassonografia intervencionista; holter; mapa; ultrassonografia diagnóstica com doppler; ecocardiograma com doppler; pequena cirurgia ambulatorial de porte anestésico zero; exames e testes específicos; eletrofisiológicos funcionais; biologia molecular.	180 dias	90 dias
VII	Fisioterapias: Fisioterapias, fonoterapia, acupuntura; e demais terapias; exceto as ligadas à saúde mental.	180 dias	90 dias
VIII	Exames e Procedimentos de Alta Complexidade: Ressonância magnética nuclear; hemodinâmica, hemoterapia, radioterapia; hemodiálise de curta ou longa duração, quimioterapia; tomografia computadorizada; exames e procedimentos de medicina nuclear e demais exames e procedimentos cobertos por este contrato e não especificados nos grupos anteriores.	180 dias	180 dias
IX	Saúde Mental: Atendimento à Saúde Mental ambulatorial	180 dias	180 dias
X	Internações: Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI.	180 dias	180 dias
XI	Internações Psiquiátricas.	180 dias	180 dias
XII	Doenças e lesões preexistentes com opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT	24 meses	24 meses

2. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

2.1. Em hipótese alguma serão reduzidas, ou aproveitadas carências para as Doenças e/ou Lesões preexistentes à data de assinatura da proposta de adesão.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. O presente benefício ora concedido, somente terá validade após a emissão do cartão do usuário.

3.2. Permanecem inalteradas todas as outras cláusulas e condições contratuais.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carências e estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora. Estou ciente também de que caso o proponente não se enquadre nas condições descritas neste aditivo e não for elegível à redução de carências, deverá cumprir integralmente as carências descritas no Contrato.

Beneficiário / Responsável

Nome do Beneficiário (legível): _____

Nome do Responsável (legível): _____

Assinatura: _____

_____, ____/____/____
Local Data

Corretor

Nome (legível): _____

CPF: _____

Assinatura: _____

_____, ____/____/____
Local Data