

**TERMO DE CONCORDÂNCIA - REDUÇÃO DE CARÊNCIA
CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS
(Base: N.A. nº 005.003-13, revisão de 12.12.2016)**

Empresa **CONTRATANTE**: Razão Social: _____
CNPJ: _____
Contrato nº _____

BENEFICIÁRIO(A): _____
(CPF) _____, (RG) _____, ora denominado(a) **BENEFICIÁRIO(A)**.

CONTRATADA: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 63.554.067/0001-98, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 36.825-3, no exercício da atividade de Medicina de grupo, com sede na Avenida Heráclito Graça, 406, Fortaleza – Ceará, ora denominada **OPERADORA**.

Pelo presente Termo de Concordância acerca de redução de carências, do(a) **BENEFICIÁRIO(A)** vinculado à **CONTRATANTE** e ao Contrato acima indicados e a **CONTRATADA** vêm pactuar o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

1.1. O(A) **BENEFICIÁRIO(A)** reconhece que, por ser a redução de carência uma liberalidade da **OPERADORA**, o presente termo de concordância acerca da redução de carências somente vigorará após a análise e o aceite da documentação que comprova que ele atende aos requisitos pré-estabelecidos pela **OPERADORA**.

1.2. Caso a documentação não seja aprovada pelo setor competente da **OPERADORA**, prevalecerão os prazos de carência previstos no pacto originalmente firmado com a **CONTRATANTE**, os quais deverão ser cumpridos integralmente pelo(a) **BENEFICIÁRIO(A)**.

1.3. As condições especiais aplicam-se exclusivamente aos beneficiários titulares com direito e aos dependentes, outora **BENEFICIÁRIOS**, oriundos de outras operadoras de planos de saúde, que estejam adimplentes no plano de origem, levando-se em consideração o critério de pré-pagamento.

CLÁUSULA SEGUNDA:

2.1. A partir da assinatura do presente Termo de Concordância acerca da redução de carências, o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** que comprovadamente atender às condições pré-estabelecidas, **terá os prazos de carência reduzidos**, de acordo com os itens abaixo elencados:

- a) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, há mais de 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido **em 100% (cem por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos e Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes**, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE**;
- b) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, entre 180 (cento e oitenta) dias e 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido **em 50% (cinquenta por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos e Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes**, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE**;
- c) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, entre 30 (trinta) dias e 179 (cento e setenta e nove) dias, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido **em 30 (trinta) dias, devendo o(a) beneficiário(a) cumprir o prazo de carência restante de acordo com os prazos estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE**, exceto para partos e Cobertura Parcial Temporária – CPT para

doenças e lesões preexistentes, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE** e **serão integralmente cumpridos pelo BENEFICIÁRIO.**

2.2. Cada beneficiário, titular com direito ou dependente, será considerado individualmente para fins de redução dos prazos de carência, objeto do presente instrumento de aditamento contratual.

2.3. O(s) plano(s) de saúde, outrora firmado(s) com operadora(s) de planos de saúde diversa(s) da **HAPVIDA**, deverá(ão), obrigatoriamente, ter as seguintes características em relação à contratação aqui aditada:

- a) Segmentação assistencial equivalente ou inferior;
- b) Acomodação equivalente ou inferior.

CLÁUSULA TERCEIRA:

3.1. A comprovação da condição de beneficiário na Operadora de origem será procedida pela apresentação da seguinte documentação, em cópia simples:

- a) Contrato com a operadora anterior;
- b) Ficha de adesão com operadora anterior;
- c) Carteirinha(s) ou Comprovante de Dados Cadastrais do Consumidor (COMPROVA), emitido no site www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/comprova-comprovante-de-dados-cadastrais-do-consumidor/emitir-comprovante-de-dados-cadastrais-do-consumidor.
- d) Comprovantes de pagamentos das 02 (duas) últimas mensalidades ou Declaração da Operadora de origem (anterior), que ateste a referida adimplência;
- e) Declaração da Operadora de Origem (anterior), impressa via portal ou fornecida em físico, com carimbo, contendo os seguintes dados:

- e.1) Nome do(a)(s) beneficiário(a)(s) titular(es) e dependente(s), caso existente(s);
- e.2) Data de adesão ao plano de origem de cada beneficiário(a);
- e.3) Data de cancelamento ou data do último vencimento pago.

Parágrafo único. Em caso de beneficiário(a) transferido(a) de outras localidades, será necessária apresentação, em cópia simples, de Declaração da Empresa Contratante, confirmando a concretização da transferência, além de especificar a data de inclusão no plano de origem, a data da transferência do(a) beneficiário(a) e o nome da operadora de origem.

E, por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, na presença de 02 (duas) testemunhas.

_____, ____ de _____ de _____.

BENEFICIÁRIO(A)

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: