

## TERMO DE CONCORDÂNCIA - REDUÇÃO DE CARÊNCIA DE CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

**Empresa CONTRATANTE:** Razão Social: \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_

**Contrato nº** \_\_\_\_\_

**Beneficiário:** \_\_\_\_\_

(CPF): \_\_\_\_\_ ora denominado(a) **BENEFICIÁRIO(A)**.

**CONTRATADA: NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 44.649.812/0001-38, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 35.901-7, no exercício da atividade de Medicina de grupo, com sede na Avenida Paulista, nº 867 – Bela Vista, São Paulo- São Paulo, 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, outrora BENEFICIÁRIOS, oriundos de outras operadoras de planos de saúde, que estejam adimplentes

**1.4. Fica registrado que o documento denominado “Declaração para fins de Portabilidade” foi utilizado exclusivamente para instrução do processo de aproveitamento de carências, não produzindo quaisquer efeitos para portabilidade de carências, a qual permanece condicionada aos requisitos da ANS, ficando o signatário ciente de que não se trata de requerimento de portabilidade.**

## **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, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA,BOBATH e outras -(como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como 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 Sesses e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia,nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional)**, bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e leses 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) cumprir o prazo de carência restante de acordo com os prazos estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE**,**exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidiciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional)**, bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE** e serão integralmente cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**.

**2.2.** Cada beneficiário,titular om direito ou dependente, será considerado individualmente para finsde 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 **NOTRADAME INTERMÉDICA**, 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:

Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da Operadora ou Administradora do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário:

1. Nome completo do beneficiário;
2. Data de Nascimento;
3. CPF do beneficiário;
4. Nº de Registro da Operadora/Administradora;
5. Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
6. Segmentação do Produto e Acomodação;
7. Data de adesão do beneficiário;
8. Prazo de permanência ou data de cancelamento;
9. Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
10. Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Coletivos (Empresarial ou por Adesão);

Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação):

- Apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS

Na ausência de informações sobre adimplência:

- Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.

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

-----  
**NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.,**

Testemunhas

Testemunha:

Nome:

Nome:

Cpf:

Cpf: