CHECK LIST PARA ESCOLHA DE PLANO (POR GRUPO FAMILIAR)

2 A 29 VIDAS  30 A 99 VIDAS  100 A 199 VIDAS

APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrição de Carências** | **Carência Padrão** | **Redução Parcial *Grupo P*** | **Redução Total *Grupo T*** |
| Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial | 24 horas | 24 horas | 24 horas |
| Consultas Eletivas | 30 dias | 24 horas | 24 horas |
| Exames Simples | 30 dias | 24 horas | 24 horas |
| Exames Complexos | 180 dias | 90 dias | 24 horas |
| Terapias | 180 dias | 90 dias | 24 horas |
| Tratamento Psicoterápicos | 180 dias | 90 dias | 24 horas |
| Tratamento Cirúrgicos Ambulatoriais | 180 dias | 90 dias | 24 horas |
| Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas | 180 dias | 150 dias | 24 horas |
| Parto a termo | 300 dias | 300 dias | 300 dias |
| CPT e Preexistência | 24 meses | 24 meses | 24 meses |

**REDUÇÃO DE CARÊNCIA**

**TITULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO  GRUPO P  GRUPO T

**DEPENDENTES:**

D1: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO  GRUPO P  GRUPO T

D2: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO  GRUPO P  GRUPO T

D3: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO  GRUPO P  GRUPO T

D4: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO  GRUPO P  GRUPO T

D5: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO  GRUPO P  GRUPO T

D6: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO  GRUPO P  GRUPO T

**\*Verificar as orientações disponibilizadas no Layout para cadastramento dos planos de redução de carência.**

**TIPO DE PRODUTO:**  CLÁSSICO  ESTILO  ABSOLUTO  SUPERIOR  EXCLUSIVO

**CATEGORIA:**  COM COPARTICIPAÇÃO  SEM COPARTICIPAÇÃO

**ABRANGÊNCIA:**  REGIONAL  NACIONAL

Para o aproveitamento de carência, enviar carta Declaração de Permanência no plano anterior, cópia(s) da(s) carteirinha(s) e os três últimos comprovantes de pagamento quitados.