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.