



Selecione a condição em que se enquadra.	Condição 02 5202 ()	Condição 03 4028 ()	Condição 04 4027 ()	Condição 05 4027 ()	Condição 06 4028 ()
PROCEDIMENTOS	Operadoras Similares Plano Regulamentado Inferior a 59 anos mínimo 6 Meses de Plano	Operadoras Similares Plano Regulamentado Idade Igual ou Superior a 59 anos	Operadoras Similares Plano Não Regulamentado Inferior a 59 anos Mínimo 6 Meses de Plano	Sem Plano Inferior a 59 Anos	Sem Plano Anterior Idade Igual ou Superior a 59 Anos
Consultas	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
Exames	ZERO	180 DIAS	ZERO	ZERO	180 DIAS
Internações Clínicas Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	90 DIAS	90 DIAS	180 DIAS
Internações Cirúrgicas Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	90 DIAS	90 DIAS	180 DIAS
Próteses e Órteses ligadas ao ato Cirúrgico Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	90 DIAS	90 DIAS	180 DIAS
Internação por Transtornos Psiquiátricos, Dependência Química e Alcoolismo Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	90 DIAS	90 DIAS	180 DIAS
Psicoterapia de Crise Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	90 DIAS	90 DIAS	180 DIAS
Diálise Peritoneal e Hemodiálise Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS
Transplante de Rim e Córnea Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS
Radioterapia Regulamentado.	ZERO	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS
Parto Regulamentado.	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS
Doenças ou Lesões Preexistentes	730 DIAS	730 DIAS	730 DIAS	730 DIAS	730 DIAS

Declaro, ainda, que tenho ciência que o contrato em questão será reajustado todo mês de _____.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Proponente: _____