

Este aditivo passa a fazer parte integrante das condições gerais e da proposta de adesão nº \_\_\_\_\_ ao convênio do plano odontológico AMIL DENTAL, com a finalidade de informar os prazos de carência a serem cumpridos.

## OBJETIVO

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na solicitação de adesão, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos de consultas, radiologia, cirurgia e próteses e manutenção de prótese, prevenção, periodontia, restauração, ortodontia e endodontia.

## CARÊNCIAS

Para ter direito aos serviços, objeto da proposta de adesão e deste contrato, os BENEFICIÁRIOS INSCRITOS deverão cumprir os períodos de carência ajustados abaixo, devendo observar os seguintes prazos, que passarão a contar a partir da data de início de vigência do plano odontológico:

GRUPO DE BENEFÍCIOS - DENTAL	CARÊNCIA CONTRATUAL	CARÊNCIA REDUZIDA
Urgências	24 horas	Isento
Consultas	60 dias	Isento
Radiologia (Exceto documentação ortodôntica que segue carência de Ortodontia)	90 dias	Isento
Cirurgia	90 dias	Isento
Prevenção	120 dias	Isento
Periodontia	120 dias	Isento
Restaurações	120 dias	Isento
Endodontia	120 dias	Isento
Prótese	240 dias	Isento
Ortodontia	240 dias	Isento

## CRITÉRIOS

PRC PADRÃO Carência contratual

CARÊNCIA REDUZIDA Válido para adesão com início de vigência contratual em 01/05/2020 e 01/06/2020.

Os períodos de carência deverão ser cumpridos pelo titular e seus dependentes.

As despesas decorrentes das utilizações efetuadas pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes após o cancelamento do plano odontológico é de total responsabilidade do beneficiário titular.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabela de Vendas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da AMIL. Caso o mesmo não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nº da Solicitação de Adesão: \_\_\_\_\_

Nome Titular/Responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura AMIL