

Pelo presente Termo de Aditivo Contratual, a **BEST SENIOR OPERADORA DE SAÚDE LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 32.421.708/0001-02, com registro na ANS sob o nº 42.176-6, Operadora de Saúde classificada como Medicina de Grupo situada à Avenida Saturnino de Brito nº 1350, Praia do Canto, Vitória - ES, CEP: 29.055-240, **POR MERA LIBERALIDADE, DECIDE REDUZIR PARCIALMENTE** as carências e coberturas parciais temporárias a serem cumpridas pelo(a) beneficiário(a) no contrato ora firmado, aproveitando o tempo de permanência já cumprido por este(a) em seu plano de origem.

O presente instrumento altera os prazos previstos no item 6.1 do **CÔNTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, o qual passa a vigorar de acordo com o prazo indicado a seguir, neste aditivo.

**CARÊNCIAS E COBERTURAS PARCIAIS TEMPORÁRIAS PARA ADVINDOS DE OUTRAS OPERADORAS**

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA A CUMPRIR					
	A	B	C	D	E	F
<b>COLUNAS</b>						
<b>TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PLANO ANTERIOR</b>	De 30 a 59 dias	De 60 a 89 dias	De 90 a 119 dias	De 120 a 149 dias	De 150 a 179 dias	Acima de 180 dias
I. Atendimento de urgências/emergências.	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas
II. Consultas Médicas Eletivas.	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
III. Exames simples de radiografias, laboratório e eletrocardiograma.	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
IV. Exames e Procedimentos Complexos I: exames de laboratório biologia molecular, imunológicos e hormonais; radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	60 dias	30 dias	Immediato	Immediato	Immediato	Immediato
V. Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria.	60 dias	30 dias	Immediato	Immediato	Immediato	Immediato
VI. Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnósticas; ultrassonografia intervencionista; holter; mapa; ultrassonografia diagnóstica com doppler; ecocardiograma com doppler; cirurgia ambulatorial de porte anestésico zero; exames e testes específicos; eletrofisiológicos funcionais.	90 dias	90 dias	90 dias	60 dias	30 dias	Immediato
VII. Fisioterapias: fisioterapias, fonoterapia, acupuntura e demais terapias, exceto as ligadas à saúde mental.	90 dias	90 dias	90 dias	60 dias	30 dias	Immediato
VIII. Exames e Procedimentos de Alta Complexidade: ressonância magnética nuclear; hemodinâmica; hemoterapia; radioterapia; hemodiálise de curta ou longa duração; quimioterapia; tomografia computadorizada; exames e procedimentos de medicina nuclear e demais exames e procedimentos cobertos por este contrato e não especificados nos grupos anteriores.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
IX. Saúde Mental: atendimento à saúde mental ambulatorial.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
X. Internações: internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
XI. Internações Psiquiátricas.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
XII. Doenças e lesões preexistentes com opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT.	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias

DADOS CADASTRAIS	DATA DE NASCIMENTO	PLANO ATUAL	DESDE	CUMPRIR CARÊNCIAS DA COLUNA
TITULAR				
DEP. 1				
DEP. 2				
DEP. 3				
DEP. 4				
Nº DO CONTRATO:				DATA DE INÍCIO:
Documentação entregue (da operadora anterior):	<input type="checkbox"/> 3 últimos boletos <input type="checkbox"/> Cópia do cartão(ões) <input type="checkbox"/> Cópia do Contrato <input type="checkbox"/> Declaração de Tempo de Permanência da Operadora anterior			

**Informações importantes:**

1. Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior carimbada e assinada (atualizada e original);
2. Este aditivo valerá para aproveitamento de carência de qualquer operadora regulamentada pela ANS;
3. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Pós-pagamento" ou "Custo Operacional";
4. Para redução das carências cuja cobertura anterior seja de plano AMBULATORIAL, a redução será considerada até a Coluna B, independente se o Tempo de Permanência do Plano Anterior for superior ao estipulado nesta coluna.

Declaro ter ciência das condições e cláusulas contratuais apresentadas, o **Termo de Alteração Contratual de Redução Parcial de Carências e de Cobertura Parcial Temporária** constitui mera liberalidade desta Operadora de Plano de Saúde e jamais poderá ser entendido como "Portabilidade de Carências". Este documento somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da **BEST SENIOR**. Caso não seja aprovado, prevalecerão as normas e carências do contrato.

O presente termo aditivo escrito e firmado entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** não altera todas as demais disposições que constam no Contrato de Prestação de Serviços – Assistencial firmado entre as partes, que permanece em vigor, não resultando em prejuízo de qualquer espécie para as partes, da forma ora estipulada, atendendo aos seus interesses, razão pela qual conta com sua expressa anuência.

Vitória-ES, de de

Assinatura do Intermediário (corretor)

Assinatura do Titular ou Responsável

ANS - nº 42176-6