

## **ADITIVO AO CONTRATO PARA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES**

Termo de aditivo ao contrato de Assistência Médica Ambulatorial, que entre si fazem de um lado como **CONTRATADA, MH VIDA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA** -, com sede à **Rua Augusto Vasconcelos, 544 - Loja 148 - Campo Grande- RJ**, CNPJ 03.670.297/0001 -90, certificado de registro junto a **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS 41201-5**, e de outro como **CONTRATANTE, KATHLEEN GUIMARAES BORGES** regendo-se o presente aditivo pelas seguintes cláusulas e condições:

1ª - O presente aditivo fica fazendo parte integrante da solicitação de adesão e do contrato no A020879, 30/04/2025.

2ª - O (A) **CONTRATANTE KATHLEEN GUIMARAES BORGES**, na condição de Titular, declara na solicitação de adesão que É **PORTADOR (A) DE [J20] BRONQUITE AGUDA, [J30] RINITE ALERGICA E VASOMOTORA, [J342] DESVIO DO SEPTO NASAL, [L20] DERMATITE ATOPICA, [N390] INFECC DO TRATO URINARIO DE LOCALIZ NE, [O82] PARTO UNICO P/CESARIANA**, preexistente à data da declaração.

3ª - O **CONTRATANTE** declara expressamente nesse que por livre e espontânea vontade **optou pela escolha da cobertura parcial temporária, com término em 30/04/2027 (por um período de 24 vinte quatro meses), sendo este aditivo em conformidade ao que estabelece a Lei nº 9656/98 e Resoluções RDC nº 68, 07/05/2001, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

4ª - O **CONTRATANTE** declara estar ciente de que os exames e/ou procedimentos **relacionados, a seguir tais como:** [AMB:28.10.033-6] **HERPEVIRUS (CITOLOGIA OU IMUNOFLUORESCENCIA DIRETA)**, [AMB:31.09.002-8] **CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALACAO)**, [AMB:31.09.003-6] **CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)**, [AMB:34.01.008-4] **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE OU ARTL**, [AMB:34.01.013-0] **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX**, [AMB:34.02.002-1] **ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA CALCIO**, [AMB:36.01.007] **ABDOMINAL ( INCLUI ILIACA)**, [AMB:34.02.007-3] **RM DE TORAX**, [AMB:41.10.000-6] **TC DAS CORONARIAS ( INCLUI ESCORE DE -0) SEIOS PARANASAIS**, [AMB:48.01.003-0] **BIOPSIA DA PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCU**, [TUSS:20.10.412-0] **Fototerapia com UVA (PUVA) (por sessão)**, [TUSS:30.50.101-6] **Abscesso ou hematoma de septo nasal - drenagem**, [TUSS:40.20.105-8] **Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilater**, [TUSS:40.30.271-7] **Eletroforese de proteínas de alta resolução**, [TUSS:40.30.272-5] **Imunofixação - cada fração**, [TUSS:40.30.778-6] **Teste respiratório para H. Pylori**, [TUSS:40.31.634-3] **Imunoglobulina (IGE)**, [TUSS:40.70.703-2] **Cintilografia de perfusão de aspiração pulmonar**, [TUSS:40.70.902] **cerebral**, [TUSS:40.70.704-0] **Cisternocintilografia**, [TUSS:40.70.901-7] **Cintilografia pulmonar (inalação)**, [TUSS:40.70.903-9] **Cintilografia para detecção -5] Cintilografia pulmonar (perfusão)**, [TUSS:41.00.103 -6] **Face ou seios da face**, [TUSS:41.00.107-9] **Tórax**, [TUSS:41.00.108-7] **Coração - para avaliação do escore de cálcio coronariano**, [TUSS:41.00.116-8] **Angiotomografia (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superi**, [TUSS:41.00.118-4] **Angiotomografia de aorta abdominal**, [TUSS:41.00.123-0] **TC - Angiotomografia coronariana**, [TUSS:41.00.140-0] **Angiotomografia venosa de pescoço**, [TUSS:41.00.142-7] **Angiotomografia venosa de tórax**, [TUSS:41.00.152-4] **Angiotomografia venosa pulmonar**, [TUSS:41.10.106-5] **Espectroscopia por RM**, [TUSS:41.10.108-1] **Ossos temporais bilateral**, [TUSS:41.10.109-0] **Face (inclui seios da face)**, [TUSS:41.10.112-0] **Tórax (mediastino, pulmão, aorta abdominal**, [TUSS:41.10.149] **parede torácica**, [TUSS:41.10.133--2] **Angio9] Angio-RM de aorta torácica**, [TUSS:41.10.134-RM **arterial pulmonar**, [TUSS:41.10.150-0] **Angio-2] Angio-RM de -RM venosa pulmonar**, [TUSS:41.10.161-8] **Angio -RM arterial de pescoço**, [TUSS:41.10.162 -6] **Angio -RM venosa de pescoço e demais exames e/ou outros eventos relativos às doenças ou lesões preexistentes, estarão sujeitos à carência de 24 (vinte e quatro) meses, com término em 30/04/2027 ficando neste**

**período por** conta exclusiva do **CONTRATANTE** que efetuará os pagamentos referentes a estas coberturas diretamente aos prestadores de serviços.

E por estarem justos e contratados assinam o presente aditivo em 2 vias de igual teor.

Rio de Janeiro, 30/04/2025

---

**MH Vida Operadora de Planos de Saúde Ltda**

**Contratada**

---

**KATHLEEN GUIMARAES BORGES**

**CONTRATANTE TITULAR**

CPF: 176.850.257 -95

OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE