

ANS - nº 32523-6

Número do Contrato:

(Obrigatório informar o número do contrato firmado no quadro)

TERMO ADITIVO PARA CONCESSÃO PROVISÓRIA DE DESCONTO SOBRE O VALOR DA MENSALIDADE DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – MOGI PLUS (REGISTRO ANS nº 484.357/19-6)

A **Assistência Médica São Miguel Ltda**, doravante denominada **SÃO MIGUEL SAÚDE**, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob nº 66.854.779/0001-10, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 32523-6, por meio do presente aditivo, compromete-se, enquanto perdurar a condição, a **CONCEDER** ao titular do contrato **MOGI PLUS** (número acima), registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 484.357/19-6, e seu(s) dependente(s) (se houver(em)), desconto sobre o valor da contraprestação pecuniária vigente na época da celebração do contrato, de acordo com as regras abaixo estabelecidas:

1. Este aditivo é válido para todos os contratos celebrados a partir de 01 de outubro de 2020.
 - a. SÃO PAULO PLUS – Reg. ANS sob nº 484.356/19-8
 - b. GUARULHOS PLUS – Reg. ANS sob nº 483.048/19-2
 - c. MOGI PLUS - Reg. ANS sob nº 484.357/19-6
2. No momento da assinatura do contrato, a **SÃO MIGUEL SAÚDE** concederá um desconto de 30% (trinta por cento) sobre o valor sem desconto da contraprestação vigente na época da celebração do contrato.
3. Novas vidas que sejam incluídas após a assinatura do contrato não farão jus ao percentual de desconto descrito no item 1. Neste caso, o valor de sua contraprestação pecuniária dos novos beneficiários, será de acordo com o valor sem desconto vigente na época de sua inclusão no contrato.
4. Permanecem válidas todas as cláusulas estabelecidas no contrato principal, desde que não sejam conflitantes com o disposto neste aditivo.
5. Este aditivo revoga todos os aditivos concernentes a redução de valores presentes no contrato, no que tange ao número de vidas, ficando válido somente o desconto previsto no item 2, independentemente da quantidade de vidas.

E por estarem justas e acertadas, as partes assinam o presente aditamento, em duas vias, de igual teor e forma, para que surta os efeitos jurídicos visados.

_____, _____ de _____ de 20____.

Beneficiário / Contratante:

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura Contratante

Assinatura Intermediário