

Beneficiário Titular:

Data: ____/____/____

Código cartão:

Comunicado do Direito ao Exercício de Portabilidade de Carências Por Perda de Vínculo

Prezado (a),

Em função da exclusão dos beneficiários abaixo citados do plano de saúde, comunicamos o direito ao exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo nos termos da Resolução Normativa nº 438/2018.

Esclarecemos que a portabilidade de carências por perda de vínculo é a possibilidade do beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, na mesma operadora ou outra operadora, com aproveitamento dos períodos de carência e cobertura parcial temporárias já cumpridos no plano origem.

Para exercer o direito à portabilidade de carências será necessário acessar o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, www.ans.gov.br, e emitir o relatório de compatibilidade de planos através do “Guia ANS de Planos de Saúde”, bem como atender os requisitos estabelecidos para o exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo.

Segue relação do(s) beneficiário(s) e dados do plano de saúde no qual estava(m) vinculado(s):

Beneficiário	Valor da Mensalidade	Data de inclusão no plano	Nº do Registro do plano

IMPORTANTE: O prazo para exercer a portabilidade de carências em qualquer operadora de planos de saúde é de **60 (sessenta) dias** a partir do recebimento deste comunicado.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com o setor Gestão de Contratos, através do telefone (49) 3361-1816 e e-mail portabilidadern438@unimedchapeco.coop.br.



Dr. Waldir Savi Júnior
Diretor Plano de Saúde
Unimed Chapecó- Coop.Trab. Méd. Reg. Oeste Cat.

CIÊNCIA DO TITULAR	
ASSINATURA DO TITULAR	DATA DE CIÊNCIA ____/____/____