

<b>FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE - CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS</b>	
<b>Operadora: Unimed Blumenau Cooperativa de Trabalho Médico:</b>	
<b>Empresa Contratante:</b> _____ <b>Contrato n°:</b> _____	
<input type="checkbox"/> <b>Inclusão de Titular</b> <input type="checkbox"/> <b>Inclusão de Dependente</b> <b>Protocolo ANS:</b> _____	
<b>Plano escolhido:</b> <input type="checkbox"/> <b>IDEAL</b> <input type="checkbox"/> <b>UNIFLEX</b> <input type="checkbox"/> <b>LIFE</b> <input type="checkbox"/> <b>ESSENCIAL</b> <input type="checkbox"/> <b>PERSONAL</b> <input type="checkbox"/> <b>OUTROS</b>	
<b>Abrangência geográfica escolhida:</b> <input type="checkbox"/> <b>VALE</b> <input type="checkbox"/> <b>ESTADUAL</b> <input type="checkbox"/> <b>NACIONAL</b>	
<b>Acomodação escolhida:</b> <input type="checkbox"/> <b>ENFERMARIA</b> <input type="checkbox"/> <b>APARTAMENTO</b>	
<b>Coparticipação escolhida:</b> <input type="checkbox"/> <b>0%</b> <input type="checkbox"/> <b>20%</b> <input type="checkbox"/> <b>40%</b> <input type="checkbox"/> <b>50%</b> Registro do plano na ANS: _____	
<b>DADOS PARA CONTATO</b>	
<b>Endereço Residencial do Titular:</b> _____	
N.º: _____	
<b>Complemento:</b> _____ <b>Bairro:</b> _____	
<b>Cidade:</b> _____ <b>UF:</b> _____ <b>CEP:</b> _____	
<b>E-mail:</b> _____ <b>Celular:</b> _____ <b>Telefone:</b> _____	
Os campos acima são de preenchimento obrigatórios, a Unimed Blumenau utilizará os dados declarados para realizar toda e qualquer comunicação acerca desta solicitação de PORTABILIDADE.	
<b>Nome do Titular:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>        <b>Município e Estado de Nascimento:</b> _____	
<b>CPF:</b> _____ <b>RG, Órgão e UF:</b> _____ <b>Data Exp. RG:</b>	
<b>Estado Civil:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____ <b>Nº Passaporte:</b> _____ <b>Data da Admissão:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____ <b>Matrícula:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____ <b>Beneficiário internado? ( ) Sim ( ) Não</b>	
<b>Nome do Dependente:</b>	
<b>Parentesco:</b> _____	
<b>Data de Nascimento:</b>        <b>Município e Estado de Nascimento:</b> _____	
<b>CPF:</b> _____ <b>RG, Órgão e UF:</b> _____ <b>Data Exp. RG:</b>	
<b>Estado Civil:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____ <b>Nº Passaporte:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____ <b>Beneficiário internado? ( ) Sim ( ) Não</b>	
<b>Nome do Dependente:</b>	
<b>Parentesco:</b> _____	
<b>Data de Nascimento:</b>        <b>Município e Estado de Nascimento:</b> _____	
<b>CPF:</b> _____ <b>RG, Órgão e UF:</b> _____ <b>Data Exp. RG:</b>	
<b>Estado Civil:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____ <b>Nº Passaporte:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____ <b>Beneficiário internado? ( ) Sim ( ) Não</b>	
<b>Nome do Dependente:</b>	
<b>Parentesco:</b> _____	
<b>Data de Nascimento:</b>        <b>Município e Estado de Nascimento:</b> _____	
<b>CPF:</b> _____ <b>RG, Órgão e UF:</b> _____ <b>Data Exp. RG:</b>	
<b>Estado Civil:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____ <b>Nº Passaporte:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____	
<b>Filiação:</b> _____ <b>Beneficiário internado? ( ) Sim ( ) Não</b>	
<b>VIGÊNCIA:</b> <b>O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado no prazo de até 10 dias corridos. A data de aceite determinará o início de vigência do plano de saúde.</b>	

## 1. Orientações para preenchimento do Formulário Cadastral:

- a) **Campos de Nomes:** Completos e sem abreviações, conforme constam no Registro Civil;
- b) **Grau de Parentesco:** **ES** – Esposo(a), **CP** – Companheiro(a), **FO** – Filho(a), **EN** – Enteadado(a);
- c) **CPF:** Para todos os titulares e dependentes, com exceção para o beneficiário estrangeiro (que não possuir CPF);
- d) **Estado Civil:** **C** – Casado(a), **D** – Divorciado(a), **S** – Solteiro(a), **V** – Viúvo(a), **U** – União Estável;
- e) **Sexo:** **F** - Feminino; **M** – Masculino; **I** – Indefinido;
- f) **Nº Passaporte:** se estrangeiro(a), obrigatório informar o número do passaporte.

## 2. Não serão permitidas rasuras ou uso de corretivo em qualquer campo do Formulário Cadastral.

## 3. Todos os campos do Formulário Cadastral são de preenchimento obrigatório.

## 4. A CONTRATANTE, bem como o beneficiário titular declaram, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e da Lei 9.656/98, que:

- a) Fizeram livremente a escolha do plano contratado e tem conhecimento das condições de coparticipação;
- b) Tem completo conhecimento dos termos do contrato e respectiva cobertura, bem como das relações de serviços a serem prestados, carências em cada plano, do preço, descontos e critérios de reajustes contratuais;
- c) Responsabilizam-se a informar aos beneficiários sobre o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** através do endereço eletrônico: [www.unimedblumenau.coop.br](http://www.unimedblumenau.coop.br) com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
- d) Responsabilizam-se civil e criminalmente pela autenticidade dos dados e da assinatura lançada neste documento;
- e) Tem conhecimento que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do plano ficarão disponíveis através do endereço eletrônico [www.unimedblumenau.coop.br](http://www.unimedblumenau.coop.br) e/ou SAC 0800 647 0026;
- f) Tem conhecimento e compromete-se a repassar aos beneficiários as informações referentes ao aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior com a Operadora, respeitando a segmentação, cobertura, acomodação e abrangência, conforme o item 2 da Súmula 21/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A CONTRATANTE declara, para fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09, que recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, e, se compromete a entregar cópia do mesmo a todos os possíveis beneficiários titulares que manifestarem interesse no ingresso no plano de saúde.

A CONTRATANTE se compromete a entregar a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde a tabela de custos com os valores do plano dos funcionários ativos e a tabela de custos por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, e Guia de Leitura Contratual – GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, bem como, a disponibilizar, sempre que demandado pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

Os formulários cadastrais deverão ser entregues à Unimed Blumenau respeitando os prazos definidos no Calendário de Entrega de Formulários Cadastrais, corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos.

## 5. PORTABILIDADE

- a) A inexistência nas informações e nos dados preenchidos neste documento constitui FRAUDE, permitindo à operadora do plano de destino anular os efeitos da portabilidade e cobrar do responsável pelo contrato todos os procedimentos realizados no período em que os beneficiários estariam em cumprimento de períodos de carência;
- b) O presente documento consiste em mera manifestação de vontade de aderir ao plano de saúde, surtindo o efeito de início de vigência do novo plano, se não houver recusa desta operadora ou se não houver DESISTÊNCIA do contratante e/ou Beneficiário;

- c) Havendo necessidade de apresentação e/ou assinatura de novos documentos, estes serão requeridos pela operadora. Na ausência de manifestação no prazo estipulado pela operadora, será entendida como DESISTÊNCIA, tornando sem efeito o presente documento;
- d) A inclusão por motivo de portabilidade está condicionada à análise dos requisitos definidos na Resolução Normativa nº 438/18, que deverá ocorrer num prazo de 10 (dez) dias contados da data de recebimento deste documento pela operadora, a qual compromete-se a emitir um protocolo;
- e) A análise dos critérios de portabilidade é realizada de forma individualizada, ou seja, para que todos os membros do grupo familiar exerçam a portabilidade, todos devem preencher os requisitos definidos na Resolução Normativa nº 438/18;
- f) Em virtude do disposto no item anterior, a portabilidade será exercida pelos beneficiários elegíveis, com a respectiva aplicação de carências e CPT – Cobertura Parcial Temporária aos demais beneficiários do mesmo grupo familiar;
- g) O resultado da análise poderá determinar a isenção parcial das carências e de CPT – Cobertura Parcial Temporária;
- h) Este documento NÃO cancela/rescinde o plano de origem. Ao exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com esta operadora e, em caso de não atendimento, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências cabíveis no plano de destino;
- i) A comunicação a respeito do aceite e/ou recusa por parte desta OPERADORA se dará através dos contatos declarados neste documento.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Data**\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular**\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo da Contratante**