

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE - CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO

Operadora: Unimed Blumenau Cooperativa de Trabalho Médico

Contratante: _____ Contrato nº: _____

 Inclusão de Titular Inclusão de Dependente Protocolo ANS: _____Plano escolhido: UNIFLEX Outros Regulamentados: _____Abrangência geográfica escolhida: VALE ESTADUAL NACIONALAcomodação escolhida: ENFERMARIA APARTAMENTOCoparticipação escolhida: 0% 20% 50% Registro do plano na ANS: _____**DADOS PARA CONTATO**

Endereço Residencial do Titular: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Celular: _____ Telefone: _____

Os campos acima são de preenchimento obrigatório, a Unimed Blumenau utilizará os dados declarados para realizar toda e qualquer comunicação acerca desta solicitação de PORTABILIDADE.

Nome do Titular:

Data de Nascimento: _____ Município e Estado de Nascimento: _____

CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____ Data do Vínculo Associativo: _____

Filiação: _____ Matrícula: _____

Filiação: _____ Beneficiário Internado? () Sim () Não

Nome do Dependente: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ Município e Estado de Nascimento: _____

CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____

Filiação: _____ Beneficiário Internado? () Sim () Não

Filiação: _____

Nome do Dependente: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ Município e Estado de Nascimento: _____

CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____

Filiação: _____ Beneficiário Internado? () Sim () Não

Filiação: _____

Nome do Dependente: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ Município e Estado de Nascimento: _____

CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____

Filiação: _____ Beneficiário Internado? () Sim () Não

Filiação: _____

VIGÊNCIA:**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.**

1. Orientações para preenchimento do Formulário Cadastral:

- a) **Grau de Parentesco:** **ES** – Esposo(a), **CP** – Companheiro(a), **FO** – Filho(a), **EN** – Enteadado(a);
- b) **CPF:** Para todos os titulares e dependentes, com exceção para o beneficiário estrangeiro (que não possui CPF);
- c) **Estado Civil:** **C** – Casado(a), **D** – Divorciado(a), **S** – Solteiro(a), **V** – Viúvo(a), **U** – União Estável;
- d) **Sexo:** **F** - Feminino; **M** – Masculino; **I** – Indefinido;
- e) **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 nos respectivos campos e tem conhecimento das condições de coparticipação;
- b) Têm completo conhecimento dos termos do contrato e respectiva cobertura, bem como das relações de serviços a serem prestados, carências em cada plano, do preço e critérios de reajustes contratuais;
- c) Responsabiliza-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 com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
- d) Responsabilizam-se civil e criminalmente pela autenticidade dos dados e das assinaturas lançadas neste documento;
- e) Têm conhecimento que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do plano ficarão disponíveis através do endereço eletrônico www.unimedblumenau.coop.br e/ou SAC 0800 647 0026.
- f) Têm conhecimento das 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 o Guia de Leitura Contratual – GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde, e, 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 inexatidão 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