

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	85.283.299/0001-91	354295

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE (CONTRATO ATUAL)

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE	N° OPER.
CNPJ	

Código beneficiário (Contrato atual)	Nome

Solicitamos a TRANSFERÊNCIA dos beneficiários acima relacionados para o contrato abaixo especificado.

3. DADOS DO(A) CONTRATANTE (CONTRATO NOVO)

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE	N° OPER.
CNPJ	

4. DADOS DO PLANO

ABRANGENCIA	
<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional/Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Municipal	
ACOMODAÇÃO	N° DO REGISTRO DO PLANO:
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	

DATA DA TRANSFERÊNCIA ___/___/_____

Código beneficiário (Contrato novo)	Nome

5. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA (DOCUMENTAÇÃO)

Na qualidade de titular, DECLARO para os devidos fins, que todos os meus documentos pessoais e de meus dependentes, SE APLICÁVEL (CPF, RG/CNH, comprovante de endereço, Certidão de nascimento, certidão de casamento ou declaração de união estável) fornecidos/entregues à UNIMED CHAPECÓ quando da inclusão no plano de saúde:

- () Permanecem inalterados
() Permanecem inalterados, com exceção do _____,
o (s) qual (is) apresento nesta data para atualização de meu cadastro.

Ainda, DECLARO que forneci o comprovante de vínculo empregatício (ficha registro carimbada e assinada, folha de pagamento ou registro da carteira de trabalho) referente ao novo contrato/CNPJ o qual ocorreu a transferência. Comprometo-me em caso de qualquer alteração, a encaminhar aos setores responsáveis a documentação atualizada.

6. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro que tomei conhecimento:

- a. a data de transferência determina o prazo a partir do qual incidirá a respectiva obrigação de pagamento da mensalidade no novo contrato, bem como cessará o pagamento de mensalidade no contrato atual;
- b. do MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS), editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta, li e compreendi o seu inteiro teor;
- c. do direito de benefício da sumula 21 quando a mesma atender os critérios previstos na legislação;
- d. do valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes;
- e. que o GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC), editado pela ANS, será disponibilizado com o cartão de identificação do beneficiário titular (físico ou digital);
- f. que a Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN SS) no link: www.unimed.coop.br/chapeco com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
- g. que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação;
- h. que Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras UnimedS por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.unimed.coop.br/chapeco;
 - i. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes;

na qualidade de titular e responsável legal de menores de 18 anos ou incapazes, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

7. DA VIGÊNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO

A data de assinatura do presente documento não interfere no início da vigência da contratualização a qual ocorrerá a partir da data definida no item data de transferência do plano.

8. ASSINATURA ELETRÔNICA

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o

documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA TITULAR

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA
CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL PELO TITULAR MENOR

NOME:

CPF: