





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 DO CONTRATANTE ATUAL  
RAZÃO SOCIAL:  
CNPJ:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO NOVO CONTRATANTE  
RAZÃO SOCIAL:  
CNPJ:



# FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE FILIAIS E SOLIDÁRIAS - CONTRATOS ADITIVADOS

FOR.REA.0006/00  
Implantação: 04/2023  
Classificação: RESTRITO

## ANEXO I

### 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 NOVO PLANO E VIGÊNCIA

ABRANGÊNCIA	
<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional/Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Municipal	
ACOMODAÇÃO	Nº DO REGISTRO DO PLANO:
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	
RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:

### 3. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (Titular e Dependentes)

Código do Cartão	Nome do Beneficiário

### 4. DECLARAÇÕES

Na condição de titular, declaro que tenho conhecimento que estou sendo transferido para um plano:

- com acomodação inferior ao plano atual; e/ou
- com abrangência inferior ao plano atual.

Desta forma, tenho plena ciência que a partir da vigência da minha transferência deixo de usufruir da abrangência e/ou acomodação do plano anterior.

**\*O PRESENTE ANEXO DEVE SER ASSINADO PARA CADA UM DOS TITULARES QUE ESTÁ SENDO TRANSFERIDO PARA UMA ACOMODAÇÃO E/OU ABRANGÊNCIA INFERIOR.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR