

# Manual de Movimentações de Plano de Saúde

**Orientações para inclusões  
e exclusões no plano de saúde**

# Onde localizar nossos formulários?

Os formulários de inclusão, exclusão, transferência, carta de orientação ao beneficiário, declaração de saúde, dentre outros documentos relacionados a movimentação do plano de saúde podem ser localizados no portal da Unimed Chapecó, podendo ser acessado diretamente pelo link:

*<https://www.unimed.coop.br/site/web/chapeco/formularios-manuais-e-contratos-plano-de-saude>; ou [www.unimedchapeco.coop.br](http://www.unimedchapeco.coop.br)*

**acessando os caminhos:** aba cliente > formulários, manuais e contratos plano de saúde.

Além dos formulários, através deste link poderá acessar manuais, guias de leituras e demais materiais relacionados ao plano de saúde.



# Inclusão

O formulário de inclusão pode ser utilizado para as seguintes modalidades de planos:

- Coletivo Empresarial
- Coletivo por Adesão
- Individual/Familiar

# Prazos

Os formulários devem ser enviados a Unimed até o dia 10 de cada mês para inclusão no primeiro dia do mês subsequente.

**OBS:** A inclusão só será processada se não houver pendências.

**Importante:** Pode haver mudança no prazo de entrega no mês de dezembro portanto fique atento aos News enviados no seu e-mail!




# Orientações para preenchimento e assinatura do formulário de inclusão”

É obrigatório o preenchimento de todos os campos, exceto os campos destacados em **vermelho**, sendo eles:

- Início de vigência do plano;
- Código beneficiário na operadora
- Matrícula funcional

**Observação:** Quando se tratar de inclusão por portabilidade deve ser assinalado quais são os beneficiários que estarão aderindo ao plano nesta condição.

	<b>FORMULÁRIO DE INCLUSÃO</b>	FOR. REA.0001/03 Implantação: 01/2023 1ª Revisão: 05/2023 Classificação: RESTRITO
<b>1. DADOS DA OPERADORA</b>		
OPERADORA Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	CNPJ 85.283.299/0001-91	REGISTRO ANS 35.429-5
<b>2. MODALIDADE DO CONTRATO</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Coletivo Empresarial	<input type="checkbox"/> Coletivo por Adesão	<input type="checkbox"/> Individual/Familiar
<b>3. DADOS DO (A) CONTRATANTE</b>		
NOME/RGÃO SOCIAL	Nº OPER.	OFF/CHPZ
<small>Quando Coletivo Empresarial: o Cliente por Adesão preencher a razão social; quando Individual/Familiar de Ex-emprego preencher o nome do Titular.</small>		
<b>4. DADOS DO PLANO</b>		
ABRANGÊNCIA		
<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional/Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Municipal		
ACREDITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento		
<b>5. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA</b>		
<b>PERÍODO:</b> Formulários de Inclusão sem pendências recebidos até o dia 10 do mês vigente serão processados para o primeiro dia do mês subsequente. Como se trata de plano em pré-pagamento o valor da mensalidade é devido a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano.		
<b>PREENCHER SOMENTE O QUADRO CORRESPONDENTE A ESTA MOVIMENTAÇÃO</b>		
<input type="checkbox"/> Nova Inclusão <input type="checkbox"/> Mudança de Plano <input type="checkbox"/> Inclusão de dependente (s) <input type="checkbox"/> Portabilidade		
Portabilidade aplica-se aos beneficiários a seguir: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dep. 1 <input type="checkbox"/> Dep. 2 <input type="checkbox"/> Dep. 3 <input type="checkbox"/> Dep. 4.		
INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO A partir de <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>		
<b>6. DADOS DO TITULAR</b>		
<small>(Para empresas com 10 ou menos beneficiários ativos, os campos com asterisco (*) são facultativos de preenchimento)</small>		
NOME COMPLETO (SEM ACRÓFIOS)		CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA
CPF	MATRÍCULA FUNCIONAL	SEXO
		<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> OUTRO
DATA DE NASCIMENTO*	NOME DE MAI*	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)*		NACIONALIDADE*
E-MAIL		NÚMERO DE TELEFONE
		( )
VÍNCULO EMPREGATÓRIO*		
<input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário/Jovem Aprendiz <input type="checkbox"/> Cooperado <input type="checkbox"/> Associado <input type="checkbox"/> Sindicalizado		
<small>*Neste RF de Ex-emprego não é necessário o preenchimento</small>		
ESTADUAL*		
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		

É obrigatório o preenchimento de todos os campos exceto campos destacados em **vermelho**.

Unimed Chapecó		FORMULÁRIO DE INCLUSÃO	FOR.REA.0001/03 Implantação: 01/2023 3ª Revisão: 05/2023 Classificação: RESTRITO
NOME COMPLETO (SEM ACRÓFIOS)		SEXO	
CPF		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OUTRO	
RACIALETHNICIDADE*		DATA DE NASCIMENTO*	
CEP		CIDADE*	
ESTADO		ESTADO NACIONAL DE SAÚDE (USE)	
<b>7. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES</b> (Para empresas com 10 ou menos beneficiários ativos, os campos com asterisco (*) são facultativos de preenchimento)			
DIP. 1	NOME COMPLETO (SEM ACRÓFIOS)		SEXO
	CPF		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OUTRO
	RACIALETHNICIDADE*		DATA DE NASCIMENTO*
	CEP		CIDADE*
	ESTADO		ESTADO NACIONAL DE SAÚDE (USE)
TIPO DE PARENTESCO			
<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteador(a)			
ESTADO CIVIL			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)			
TEL. RESIDUAL		TEL. CELULAR	
( )		( )	
CONDICION BENEFICIÁRIO NA OPERADORA			
( )			
DIP. 2	NOME COMPLETO (SEM ACRÓFIOS)		SEXO
	CPF		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OUTRO
	RACIALETHNICIDADE*		DATA DE NASCIMENTO*
	CEP		CIDADE*
	ESTADO		ESTADO NACIONAL DE SAÚDE (USE)
TIPO DE PARENTESCO			
<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteador(a)			
ESTADO CIVIL			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)			
TEL. RESIDUAL		TEL. CELULAR	
( )		( )	
CONDICION BENEFICIÁRIO NA OPERADORA			
( )			
DIP. 3	NOME COMPLETO (SEM ACRÓFIOS)		SEXO
	CPF		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OUTRO
	RACIALETHNICIDADE*		DATA DE NASCIMENTO*
	CEP		CIDADE*
	ESTADO		ESTADO NACIONAL DE SAÚDE (USE)
TIPO DE PARENTESCO			
<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteador(a)			
ESTADO CIVIL			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)			
TEL. RESIDUAL		TEL. CELULAR	
( )		( )	
CONDICION BENEFICIÁRIO NA OPERADORA			
( )			

Página 2 de 9

Unimed Chapecó		FORMULÁRIO DE INCLUSÃO	FOR.REA.0001/03 Implantação: 01/2023 3ª Revisão: 05/2023 Classificação: RESTRITO
DIP. 4	NOME COMPLETO (SEM ACRÓFIOS)		SEXO
	CPF		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OUTRO
	RACIALETHNICIDADE*		DATA DE NASCIMENTO*
	CEP		CIDADE*
	ESTADO		ESTADO NACIONAL DE SAÚDE (USE)
TIPO DE PARENTESCO			
<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteador(a)			
ESTADO CIVIL			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)			
TEL. RESIDUAL		TEL. CELULAR	
( )		( )	
CONDICION BENEFICIÁRIO NA OPERADORA			
( )			
<b>8. ORIENTAÇÃO APLICÁVEL AO EX-EMPREGADO(A) APENAS</b>			
<b>Demitido ou exonerado sem justa causa:</b> Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total que tenha contribuído para o plano de saúde, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de dois anos.			
<b>Apresentado</b> Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano por período equivalente ao tempo de contribuição; ou 10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos.			
<b>9. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA</b>			
Declaro que tomei conhecimento:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário;</li> <li>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;</li> <li>do direito de benefício da sumula 21 quando a mesma atender os critérios previstos na legislação;</li> <li>do valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes;</li> <li>que o GUIA DE LECTURA CONTRATUAL (GLC), editado pela ANS, será disponibilizado com o cartão de identificação do beneficiário titular (físico ou digital);</li> <li>que a Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN 55) no link: <a href="http://www.unimed.coop.br/chapeco">www.unimed.coop.br/chapeco</a> com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;</li> <li>que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação;</li> <li>que para fins de portabilidade declaro não estar em período de interinação, cliente da impossibilidade de exercer o direito de portabilidade quando estiver em período de interinação;</li> <li>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 <a href="http://www.unimed.coop.br/chapeco">www.unimed.coop.br/chapeco</a>;</li> <li>na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes;</li> </ul>			

Página 3 de 9

# Tipo de Movimentação

**Nova Inclusão:** Assinalar em casos de inclusão de titular ou ex-empregado.

**Mudança de Plano:** Assinalar em casos de mudança de abrangência e/ou acomodação.

**Inclusão de dependente(s):** Assinalar quando o titular já está ativo no plano de saúde e necessita somente incluir filhos (as), esposo (a) e/ou enteados (as).

**Portabilidade:** Assinalar em casos de nova inclusão por portabilidade de carências, sendo esta referente ao titular e/ou dependentes.



### É obrigatório o preenchimento dos campos:

data, razão social e CNPJ, bem como assinatura do titular e carimbo e carimbo da empresa nos campos indicados.

**Observação:** Quando constar a descrição da razão social da empresa e CNPJ no carimbo, não se faz necessário o preenchimento dos campos: Razão social e CNPJ; solicitados abaixo do campo "assinatura e carimbo da empresa contratante".

Importante: Onde consta destaque em **vermelho** é obrigatório a assinatura do responsável legal, bem como o preenchimento do "nome" e "CPF" quando inclusão de titular menor de 18 anos.

- 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.

#### 10. 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 início de vigência do plano.

#### 11. 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 DO TITULAR

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA  
CONTRATANTE

Razão Social:

CNPJ:

\*Quando inclusão de ex-empregado ou indivíduo/familiar dispensa a assinatura da empresa contratante.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO TITULAR  
MENOR

Nome:

CPF:

\*Obrigatório somente quando o colaborador for menor de idade.

# Documentos obrigatórios para inclusão:

Os documentos obrigatórios para inclusão no plano de saúde variam de acordo com a quantidade de beneficiários ativos no plano, conforme regras abaixo:

**Contratantes com mais de 500 beneficiários ativos:** é obrigatório a cópia do comprovante de vínculo empregatício;

**Contratantes que possuem entre 11 e 499 beneficiários ativos:** é obrigatório a cópia do comprovante de vínculo empregatício e comprovante de vínculo entre titular e dependentes;

**Contratantes que possuem entre 1 e 10 beneficiários ativos:** é obrigatório cópias: do RG com CPF ou CNH, CNS- Cartão nacional de Saúde (Cartão do SUS), comprovante de endereço e comprovante de vínculo empregatício para titulares, bem como comprovante de vínculo entre titular e dependentes;

O detalhamento da regra está descrita nos respectivos anexos do formulário de inclusão de acordo com a modalidade de contrato:

- Anexo I: Regras da Modalidade Coletivo Empresarial;
- Anexo II: Regras da Modalidade Coletivo por Adesão;
- Anexo III: Regras da Modalidade Individual/Familiar.



**ANEXO 1 - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

**IMPORTANTE!** A flexibilização da documentação será aplicada mediante assinatura do termo de responsabilidade e compromisso.

Os documentos são obrigatórios de acordo com o número de beneficiários ativos conforme abaixo:

**Empresas com 10 ou menos beneficiários ativos:**

**TITULAR**

- 1) Cópia do CPF;
  - 2) Cópia do RG, CNH física, CNH digital ou carteira de profissional (conselhos).
  - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
  - 4) Comprovante de residência em nome do titular conforme opções abaixo:
    - Declaração de endereço assinada;
    - Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e internet;
    - Boletins que contenham data de emissão ou vencimento;
    - Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).
- Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, em nome dos pais ou em nome do cônjuge desde que apresentado o comprovante de vínculo, além disso deve estar atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.*

5) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:

**Funcionários/ Temporários/ Estagiário ou Jovem Aprendiz:**

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado (com logomarca, folha timbre ou carimbo da empresa);
- Folha de pagamento.

**Sócios ou Administradores:** • Cópia da última alteração do Contrato Social.

**Agente Político:** • Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo).

**DEPENDENTES**

• **Espos(a) ou Companheiro (a):**

- 1) Cópia do CPF;
- 2) Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;
- 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- 4) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório)

• **Filhos(as):**

- 1) Cópia do CPF;
  - 2) Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;
  - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;

- **Filho menor de 12 (doze) anos:** cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente; Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular; Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

**Empresas a partir 11 beneficiários ativos:**

**TITULAR**

1) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:

**Funcionários/ Temporários/ Estagiário ou Jovem Aprendiz:**

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado (com logomarca, folha timbre ou carimbo da empresa);
- Folha de pagamento.

**Sócios ou Administradores:** • Cópia da última alteração do Contrato Social.

**Agente Político:** • Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo).

**DEPENDENTES**

- **Espos(a) ou Companheiro (a):** Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório)
- **Filhos(as):** Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Filho menor de 12 (doze) anos:** cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente; Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular; Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

**Empresas a partir 500 beneficiários ativos:**

Dispensado os documentos para titulares e dependentes, exceto o vínculo empregatício:

**TITULAR**

1) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:

**Funcionários/ Temporários/ Estagiário ou Jovem Aprendiz:**

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado (com logomarca, folha timbre ou carimbo da empresa);
- Folha de pagamento.

**Sócios ou Administradores:**

- Cópia da última alteração do Contrato Social.

**Agente Político:**

- Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo).

Os documentos abaixo são obrigatórios independentemente da quantidade de beneficiários ativos:

**PORTABILIDADE**

- 1) Cópia da carta de portabilidade de carências (atualizada dentro dos últimos 30 dias);
- 2) Cópia do relatório de compatibilidade de planos (atualizado dentro dos últimos 10 dias).

**EX-EMPREGADO/APOSENTADO**

Cópia rescisão contratual de trabalho ou a carta de concessão do benefício de aposentadoria emitido pelo INSS.

**CARTA DE ORIENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Obrigatório de acordo com a regra contratual.

**ANEXO B - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO**

**IMPORTANTE!** A flexibilização da documentação será aplicada mediante assinatura do termo de responsabilidade e compromisso.

Os documentos são obrigatórios de acordo com o número de beneficiários ativos conforme abaixo:

**Empresas com 10 ou menos beneficiários ativos:**

**TITULAR**

- 1) Cópia do CPF;
  - 2) Cópia do RG, CNH física, CNH digital ou carteira de profissional (conselhos).
  - 3) Cópia do CHS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
  - 4) Comprovante de residência em nome do titular conforme opções abaixo:
- Declaração de endereço assinada;
  - Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e Internet;
  - Boletos que contenham data de emissão ou vencimento;
  - Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).
- \*Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, em nome dos pais ou em nome do cônjuge desde que apresentado o comprovante de vínculo, além disso deve estar atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.

- 1) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante: Cópia do documento que comprove a elegibilidade do titular. (Vínculo com o(a) CONTRATANTE - Documento Legal).

**DEPENDENTES**

• **Espos(a) ou Companheiro (a):**

Cópia do CPF;

Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;

Cópia do CHS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;

Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinado pelo casal com reconhecimentos em cartório)

• **Filhos(as):**

Cópia do CPF;

Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;

Cópia do CHS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;

• **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;

• **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;

• **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;

• **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

**Empresas a partir de 500 beneficiários ativos:**

**TITULAR**

- 1) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante: Cópia do documento que comprove a elegibilidade do titular. (Vínculo com o(a) CONTRATANTE - Documento Legal).

**DEPENDENTES**

• **Espos(a) ou Companheiro (a):**

Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório)

• **Filhos(as):**

Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;

• **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;

• **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;

• **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;

• **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

**Empresas a partir de 500 beneficiários ativos:**

Dispensado os documentos para titulares e dependentes, exceto o vínculo empregatício;

**TITULAR**

- 1) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante: Cópia do documento que comprove a elegibilidade do titular. (Vínculo com o(a) CONTRATANTE - Documento Legal).

Os documentos abaixo são obrigatórios independentemente da quantidade de beneficiários ativos:

**PORTABILIDADE**

- 1) Cópia da carta de portabilidade de carências (atualizada dentro dos últimos 30 dias);
- 2) Cópia do relatório de compatibilidade de planos (atualizado dentro dos últimos 10 dias).

**CARTA DE ORIENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Obrigatório de acordo com a regra contratual.

**ANEXO II - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR**

**TITULAR**

- 1) Cópia do CPF;
  - 2) Cópia do RG, CNH física, CNH digital ou carteira de profissional (conselhos).
  - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
  - 4) Comprovante de residência em nome do titular conforme opções abaixo:
- Declaração de endereço assinada;
  - Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e internet;
  - Boletins que contenham data de emissão ou vencimento;
  - Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).
- \*Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.

**DEPENDENTES**

- **Espos(a) ou Companheiro (a):**
  - 1) Cópia do CPF;
  - 2) Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;
  - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
  - 4) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório)
- **Filhos(as):**
  - 1) Cópia do CPF;
  - 2) Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;
  - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Ebêvedes:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

**PORTABILIDADE**

- 1) Cópia da carta de portabilidade de carências (atualizada dentro dos últimos 30 dias);
- 2) Cópia do relatório de compatibilidade de planos (atualizado dentro dos últimos 10 dias).

**CARTA DE ORIENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Obrigatório de acordo com a regra contratual.

# Orientações para envio de comprovante de endereço:

Quando a contratante possuir entre 1 e 10 beneficiários ativos é necessário o comprovante de endereço conforme as seguintes regras:

- Declaração de endereço assinada;

**Observação:** A declaração de endereço pode substituir o comprovante de residência. Ou seja, o beneficiário poderá optar em encaminhar um comprovante de residência atualizado ou preencher e assinar a declaração de endereço.


- Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e internet;

- Boletos que contenham data de emissão ou vencimento;

- Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).

\*Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, em nome dos pais ou em nome do cônjuge desde que apresentado o comprovante de vínculo, além disso, deve estar atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.

**Importante: em caso de titular menor de 18 anos, o responsável legal obrigatoriamente deverá assinar em todos os campos de assinatura.**

	<b>DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO PARA BENEFICIÁRIOS</b>	DEC.REA.0001/00 Implantação: 02/2023 Classificação: RESTRITO
<input type="checkbox"/> <b>INCLUSÃO DE TITULAR</b> NOME: CPF: <small>Previamente ao envio, quando declaração de endereço do beneficiário titular.</small>		
<input type="checkbox"/> <b>INCLUSÃO DE TITULAR MENOR DE IDADE</b> NOME DO TITULAR: CPF: NOME DO RESPONSÁVEL: CPF: <small>Previamente ao envio, quando declaração de endereço do beneficiário titular MENOR.</small>		
<p>Declaro sob as penas de Lei 7.115/83 e para os devidos fins junto à Unimed Chapecó, que o endereço atualizado é _____ nº _____ complemento _____, bairro: _____, cidade _____ estado _____ CEP _____.</p> <p>Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar nas sanções civis e criminais previstas na legislação vigente.</p> <p><small>Não cabe este documento em situações excepcionais, as Partes reconhecem que esta declaração de verdade, confirmada mediante assinatura digital, prevalece em situações em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP Brasil de acordo com o disposto na autonomia e estabilidade do documento em forma eletrônica, desde que adotado como único meio aceita pela pessoa a quem for emitido o documento, conforme admitido pelo art. 10 e suas parágrafos da Lei nº 2.026, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de certificação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, consentindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. No forme acima previstas, este documento e eventual anexa podem ser assinado digitalmente por meio eletrônico conforme disposto neste cláusula.</small></p> <p>Local/ Data _____ de _____ de _____.</p> <p>_____ Assinatura do Declarante</p>		
Página 1 de 1		

# Orientações para preenchimento e assinatura da carta de orientação:

Na carta de orientação ao beneficiário constam informações quanto ao preenchimento da declaração de saúde, prazos e regras em caso de CPT (Cobertura Parcial Temporária).

Importante: no campo “Beneficiário” deve ser informado local, data, nome completo sem abreviações e assinatura.

No campo “intermediário entre a operadora e beneficiário” é devido o preenchimento do responsável pelas movimentações da empresa sendo local, data, nome, CPF e assinatura.

OBS: Caso o responsável pela assinatura da empresa possuir carimbo contendo as informações solicitadas, a descrição das informações poderá ser substituída pelo carimbo e a devida assinatura para validação do documento.

Para inclusões com previsão de carências é obrigatório a carta de orientação e declaração de saúde, que devem se preenchidas e assinadas da seguinte forma:





**ANEXO**  
**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- \* A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- \* A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- \* No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- \* **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- \* Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- \* A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- \* Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- \* Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:

[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.



**Beneficiário**

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**Intermediário entre a operadora e o beneficiário**

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Obrigatório preenchimento dos campos destacadas em **vermelho**.

Observação: Quando se tratar de inclusão referente à titular ou dependente menor, o preenchimento do campo "nome" deve conter informações referente ao beneficiário que irá aderir ao plano de saúde, e no campo "assinatura", o mesmo deve ser assinado pelo responsável legal."

# Orientações para preenchimento e assinatura da declaração de saúde:

- A declaração de saúde é considerada um documento particular do beneficiário para adesão ao plano de saúde, sendo ele responsável pelas informações repassadas de acordo com o que está solicitado em cada pergunta.

**Importante:** Caso o beneficiário for menor de idade, o preenchimento de todos os campos e demais rubricas/assinaturas podem ser realizadas pelo seu responsável legal de acordo com as informações específicas do beneficiário que está aderindo ao plano de saúde.

- É obrigatório o preenchimento de todos os campos.

**Importante:** Quando assinalado a opção "SIM" é obrigatório descrever nome da doença/lesão pré-existente, bem como o nome e há quanto tempo utiliza a medicação, caso realize algum tratamento.

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### 1. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME	TIPO DE VÍNCULO
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente

#### Instruções Gerais

- a) No preenchimento desta declaração, o(a) Sr(a) tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, sendo o ônus financeiro de sua responsabilidade.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.
- c) **Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a Cobertura Parcial Temporária (CPT)** - aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.
- d) **Agravado** é definido pela ANS como qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas com a operadora. Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravado como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 588.
- e) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a) Sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada. Nenhuma cobertura poderá ser negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante ANS a omissão do(a) Sr(a) no ato do preenchimento da declaração.
- f) Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado, quando o representante legal do mesmo deve assinar este documento. **Atenção:** nem sempre o representante legal é o próprio titular do plano, e aqui a assinatura do representante legal é a requerida.



### 2. ASPECTOS GERAIS

SITUAÇÃO RESUMIDA:	RESUMO:	ALVOR:
--------------------	---------	--------

ANS - nº 354295

### 3. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.

Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:

01	Doenças do Sistema Respiratório (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenóide, sinusite, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
02	Doenças do Sistema Cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
03	Doenças do Sistema Osteomuscular (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamento, bursite, artrose, gota, lúpus, tenosinovites, escoliose, lordose e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
04	Doenças do Sistema Digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatite, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, macrogastromia, prognatismo e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
05	Doenças do Sistema Genito Urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças da próstata, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
06	Doenças do Sistema Neurológico (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, sequelas de derrame, apneia do sono e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
07	Doenças do Sistema Endócrino (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, desnutrição e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
08	Doenças infecto contagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
09	Doenças psiquiátricas (psicose, depressão e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

\_\_\_\_\_  
RUBRICADO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL



**4. MÉDICO ORIENTADOR**

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador\*:

- Sim, médico da Unimed;  
 Sim, médico particular de minha escolha; ou  
 Não.

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR

CRM

DATA

ASSINATURA

\*Em caso afirmativo, o Médico deverá registrar de qualquer forma que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras. Estou ciente que a CONTRATADA poderá solicitar a realização de uma perícia médica, podendo ser ou não acompanhada de exame, para auxiliar na avaliação da declaração de saúde.

Ainda, declaro ter ciência do compromisso da CONTRATADA com a proteção dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis e que a CONTRATADA realiza o tratamento de tais dados de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), e com as disposições da Política de Privacidade disponível eletronicamente no site [www.unimed.coop.br/chapeco](http://www.unimed.coop.br/chapeco).

**Na qualidade de responsável pelo menor de idade (criança ou adolescente) ou incapaz, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações listadas neste instrumento e que tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais destes, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, além do Estatuto da Criança e Adolescente.**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, os Portes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presume-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 Portes ou aceite pelo passivo a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.206, 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 nessa cláusula.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Obrigatório preenchimento de todos os campos, sendo eles:

- Item 4. Médico Orientador: quando não contou com a presença do médico orientador no momento do preenchimento, assinar "Não".
- Data da assinatura
- Descrição do nome, CPF e assinatura do beneficiário que está aderindo.

**Importante:** Em casos de inclusão de titular menor de 18 anos ou incapaz o responsável legal deverá assinar.

# Formulário de Exclusão

O formulário de exclusão pode ser utilizado para as seguintes modalidades de plano:

- Coletivo Empresarial
- Coletivo por Adesão
- Individual/Familiar

## Prazos

Os formulários de exclusão devem ser enviados à Unimed até o dia 15 de cada mês para exclusão no primeiro dia do mês subsequente.

\* Para o formulário de exclusão da RN 561 não aplica-se essa regra.

**OBS:** A exclusão somente será processada se não houver pendências. Importante: Pode haver mudança no prazo de entrega no mês de dezembro portanto fique atento aos News enviados no seu e-mail!

Os formulários devem ser enviados a Unimed até o dia 15 de cada mês para exclusão no primeiro dia do mês subsequente.

**OBS:** A exclusão só será processada se não houver pendências.

**Importante:** Pode haver mudança no prazo de entrega no mês de dezembro portanto fique atento aos News enviados no seu e-mail!

# Orientações para preenchimento e assinatura do formulário de exclusão:

Quando devo usar o formulário de exclusão?

Quando o motivo da exclusão for:

- Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed
- Desligamento da empresa e/ou associado
- Óbito

**Importante:**

É obrigatório preenchimento de todos os campos, exceto o destacado em **vermelho**.

O preenchimento da manifestação de opção pelo benefício de ex-funcionário e tempo de contribuição em meses é obrigatório apenas quando o ex-funcionário deseja permanecer no benefício.

Deve ser assinalado apenas um motivo de exclusão.

	<b>FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO</b>	FOR.REA.0002/03 Implantação: 01/2023 3ª Revisão: 06/2023 Classificação: RESTRITO

**1. DADOS DA OPERADORA**

Razão social: Unimed Chapeçó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	CNPJ: 85.283.299/0001-91	Registro em: 35-429-5
---	-----------------------------	--------------------------

**2. MODALIDADE DO CONTRATO**

Coletivo Empresarial    
  Coletivo por Adesão    
  Individual/Familiar

**3. DADOS DO (A) CONTRATANTE**

Nome completo titular: \_\_\_\_\_ Nº. CNES: \_\_\_\_\_ CNPJ/CNP: \_\_\_\_\_

Quando Contrato Empresarial ou Coletivo por Adesão preencher e nome social, quando indicado, também ao Ex-empregado preencher e nome de Fútilor.

**4. DADOS DOS TITULARES E/OU DEPENDENTE (S) EXCLUÍDOS**

Código do cartão	Nome completo do beneficiário	Data de exclusão
		__/__/__

Telefone atualizado do titular: ( ) _____	E-mail atualizado do titular: _____
--	--

**5. MOTIVOS DE EXCLUSÃO**

1 - Transfêrencia ou mudança de plano na mesma Unimed  
 2 - Óbito\*  
\*Obrigatório apresentar a certidão de óbito.  
 3 - Desligamento da empresa e/ou associado\*  
\*Obrigatório o preenchimento dos campos abaixo.

<b>Com direito a RN 488, devido:</b> <input type="checkbox"/> demissão sem justa causa por iniciativa da empresa; <input type="checkbox"/> mútuo acordo (Art. 484 CLT); <input type="checkbox"/> aposentadoria;	<b>Sem direito a RN 488, devido:</b> <input type="checkbox"/> demissão com justa causa; <input type="checkbox"/> pedido de demissão por iniciativa do empregado; <input type="checkbox"/> adesão ao programa de demissão voluntária-PDV; <input type="checkbox"/> não ter contribuído financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial; <input type="checkbox"/> estar inscrito em plano coletivo por adesão;
--	--

**BENEFICIÁRIOS COM DIREITO A RN 488**  
 Tempo de contribuição (meses): \_\_\_\_\_

**MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO**  
 OPTO pela manutenção do plano;  
\*Obrigatório o envio do formulário de inclusão.  
 NÃO OPTO pela manutenção do plano;  
 ANALISAREI A PROPOSTA e notificarei à empresa contratante e/ou operadora no prazo de 30 (trinta) dias da data de ciência abaixo, não havendo manifestação minha no prazo autorizo assumir como desinteresse na manutenção do plano.

**CIÊNCIA E OPÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS**

	<b>FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO</b>	FOR.REA.0002/03 Implantação: 01/2023 3ª Revisão: 06/2023 Classificação: RESTRITO

De acordo com a Resolução RN n° 488 da ANS, e assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, mútuo acordo (Art. 484 CLT), nas mesmas condições de cobertura assistencial que usufruiu durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- d) Já contribuiu financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- e) Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela do plano de inativos para a sua faixa etária e de seus dependentes.

DATA DA CIÊNCIA: \_\_/\_\_/\_\_.

**ASSINATURA E CARIMBO DO (A) CONTRATANTE**  
 Razão social:  
 CNPJ:

**ASSINATURA DO TITULAR**  
\*Obrigatório a assinatura do titular quando plano coletivo/empresarial ou quando o ex-empregado possui direito a RN 488.



## FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO

FOR.REA.0002/03  
Implantação: 01/2023  
3ª Revisão: 06/2023  
Classificação: RESTRITO

Código do cartão do titular: \_\_\_\_\_

Comunicado do Direito ao Exercício de Portabilidade de Carências Por Perda de Vínculo Prezado (a), em função da exclusão dos beneficiários abaixo citados, comunicamos o direito ao exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo nos termos da RN 438/18.

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

Para exercer o direito será necessário acessar o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, [www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/](http://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/), e emitir o relatório de compatibilidade de planos, bem como atender os requisitos estabelecidos na RN 438/18.

Beneficiário (Nome completo)	Valor da mensalidade (Sem desconto)	Data de inclusão no plano
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	

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

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com o setor Gestão de Contratos, através do e-mail: [portabilidade@cmf38@unimedchapeco.coop.br](mailto:portabilidade@cmf38@unimedchapeco.coop.br) ou telefone (49) 3361-1814.

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de veracidade, 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.

Unimed Chapeçó  
Gestão de Contratos

### CIÊNCIA DO TITULAR

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

### Comunicado do Direito ao Exercício de Portabilidade de Carência Por Perda de Vínculo

O documento está localizado na última página do formulário de exclusão e o mesmo não se trata da carta de portabilidade, mas sim um comunicado do direito ao exercício da portabilidade ao beneficiário que está sendo excluído do plano de saúde

O preenchimento é obrigatório em todos os campos, incluindo a assinatura do titular para a devida ciência do mesmo.

**Importante:** Em caso de dúvidas quanto ao preenchimento, contate o setor Gestão de Contratos.

# Formulário de exclusão diária – RN 561:

O formulário de exclusão pode ser utilizado para as seguintes modalidades de planos:

- Coletivo Empresarial
- Coletivo por Adesão
- Individual/Familiar

## Prazos

Exclusão realizada de forma imediata, na data de recebimento do formulário pela Operadora, desde que não haja pendências.



# Orientações para preenchimento e assinatura do formulário de exclusão diária – RN 561:

Quando usar o formulário de exclusão RN 561?

Quando o colaborador permanece na empresa e deseja apenas o cancelamento do seu benefício – plano de saúde e/ou de seus dependentes de acordo com os seguintes motivos:

- Troca de titularidade (apenas para planos de pessoa física)
- Dependente – Perda de vínculo com o beneficiário titular
- Viagem ou mudança de domicílio
- Dificuldade com a rede/agendamento
- Sem interesse em manter o plano
- Migração ou mudança de plano para outra operadora
- Insatisfeito com o atendimento do plano
- Dificuldade na autorização
- Sem condições de manter o plano
- Plano está muito caro
- Portabilidade de carências

**Observação:** Em caso de exclusão de dependentes, este também deverá ser o formulário utilizado.

Preenchimento obrigatório de todos os campos, bem como assinalar apenas um motivo de exclusão.

	<b>FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO - RN 561</b> <b>CANCELAMENTO DIÁRIO</b>	FOR.REA.0003/01 Implantação: 01/2023 1ª Revisão: 02/2023 Classificação: RESTRITO

**1. DADOS DE OPERADORA**

ENDEREÇO Unimed Chapeçó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	CNPJ 85.283.299/0001-91	REGISTRO/ANS 35.429-5
--	----------------------------	--------------------------

**2. MODALIDADE DO CONTRATO**

<input type="checkbox"/> Coletivo Empresarial	<input type="checkbox"/> Coletivo por Adesão	<input type="checkbox"/> Individual/Familiar <small>*O cancelamento deve ser solicitado presencialmente ou via telefone 0800 644 1900</small>
---	--	--

**3. DADOS DO TITULAR OU QUANDO MENOR (RESPONSÁVEL FINANCEIRO)**

NOME COMPLETO			
TELEFONE { }	E-MAIL { }		
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA			NÚMERO
BAIRRO	COMPLEMENTO	CEP	CIDADE
			UF

**4. CIÊNCIA E DECLARAÇÕES**

- É responsabilidade do titular o descarte dos cartões de identificação do plano de saúde, bem como, informar aos dependentes a data e consequências do cancelamento;
- A solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário têm efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. Portanto, a **reativação em caso de arrependimento não será possível**;
- A data de assinatura do presente documento não interfere na data de exclusão a qual **ocorrerá a partir da data de ciência da operadora**;
- É proibida a utilização do plano de saúde após o cancelamento do contrato, **MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**;
- As guias de atendimento em seu poder **não poderão ser utilizadas a partir deste momento**, mesmo que o procedimento tenha sido agendado ou autorizado previamente pela operadora;
- A exclusão ocasiona a perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde como: período de remissão (Benefício Família Santa Catarina - BFSC ou Fundo de Extensão Assistencial - FEA), pecúlio, proteção familiar, vida em grupo e garantia funeral, quando contratado;
- A exclusão ocasiona a perda do direito ao exercício da portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do cancelamento;
- É dever do responsável financeiro o pagamento de:
  - Mensalidades não pagas e/ou coparticipações devidas pela utilização de serviços já realizados;
  - Qualquer atendimento realizado a partir da solicitação de cancelamento ou exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;
- Eventual ingresso em novo plano de saúde implicará:
  - No cumprimento de novos períodos de carência;
  - No preenchimento de nova declaração de saúde e cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente;
  - Condições atualizadas para novas vendas: novos preços, faixa etária, mecanismos de regulação, etc. - 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

	<b>FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO - RN 561</b> <b>CANCELAMENTO DIÁRIO</b>	FOR.REA.0003/01 Implantação: 01/2023 1ª Revisão: 02/2023 Classificação: RESTRITO

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.

**Particularidades Individual/Familiar:**

A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar regulamentado ou adotado não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos com capacidade civil, o direito à manutenção do contrato, com a assunção das obrigações decorrentes;

Declaro que recebi uma cópia deste documento constando o número do protocolo da solicitação de cancelamento.

**Particularidades Coletivo Empresarial:**

A exclusão do beneficiário titular também implicará na exclusão dos dependentes. Excepcionalmente, em caso de óbito do titular inscrito no plano como ex-empregado, nos termos da Lei 9656/98 os dependentes inscritos podem assumir a responsabilidade do plano pelo período remanescente;

A exclusão ocasiona Perda do direito ao exercício de manutenção do plano na condição de ex-empregado em caso demissão ou aposentadoria, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 488.

**Particularidades Coletivo por Adesão:**

A exclusão do titular também implicará na exclusão dos dependentes.

**5. DADOS DO BENEFICIÁRIOS A SEREM EXCLUÍDOS**

<b>Plano Individual/Familiar:</b> <input type="checkbox"/> A minha exclusão como titular, sendo transferida a titularidade deste contrato para um dos dependentes já inscritos no plano, formalizado via Termo Aditivo.	<input type="checkbox"/> Exclusão de todos os beneficiários do contrato empresarial por portabilidade de carências (Cancelamento do contrato PJ); <input type="checkbox"/> Exclusão do titular e dependentes(s); <input type="checkbox"/> Exclusão do(s) dependente(s) abaixo.
<b>Código do cartão</b>	<b>Nome completo do beneficiário</b>

**Motivos de Exclusão**

<b>Assinale um dos motivos de exclusão abaixo:</b>
<input type="checkbox"/> Troca de Titularidade <input type="checkbox"/> Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular <input type="checkbox"/> Viagem ou mudança de domicílio <input type="checkbox"/> Dificuldades com a rede/agendamento <input type="checkbox"/> Sem interesse em manter o plano <input type="checkbox"/> Migração ou mudança de plano para outra operadora <input type="checkbox"/> Insatisfeito com o atendimento do plano <input type="checkbox"/> Dificuldades na autorização



	<b>FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO - RN 561</b> <b>CANCELAMENTO DIÁRIO</b>	FOR.REA.0003/01 Implantação: 01/2023 1ª Revisão: 02/2023 Classificação: RESTRITO

<input type="checkbox"/> Sem condições de manter o plano <input type="checkbox"/> Plano está muito caro <input type="checkbox"/> Portabilidade de carências <small>(Obrigatório apresentar o comprovante de portabilidade)</small>
---

#### 6. DADOS BANCÁRIOS

<b>Preenchimento obrigatório quando o titular realiza o pagamento à operadora via boleto.</b>			
Banco	Agência (com dígito)	Conta (com dígito)	CPF
Nome do titular da conta		Tipo de conta (não poder ser conta salário)	
		<input type="checkbox"/> Conta corrente individual <input type="checkbox"/> Conta corrente conjunta <input type="checkbox"/> Conta poupança	

#### 7. INFORMAÇÕES DA OPERADORA

<b>Plano individual/familiar com responsável financeiro diferente do titular?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <small>*Consultar no sistema: responsável financeiro e responsável pelo contrato.</small>	<input type="checkbox"/> Não

<b>Campo exclusivo de preenchimento da operadora</b>		
ATENDENTE	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	DATA E HORA DA CIÊNCIA DA OPERADORA

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL

É obrigatório o preenchimento de todos os campos, exceto campos destacados em **vermelho**, pois é um campo exclusivo de preenchimento da operadora.

**Observação:** Obrigatório preenchimento dos dados bancários quando se tratar de cancelamento de contrato na modalidade Pessoa Física ou cancelamento de todo o contrato Pessoa Jurídica. Lembrando que, para cancelamento de todo o contrato na modalidade Pessoa Jurídica, o formulário se aplica e deve ser utilizado apenas para o motivo “portabilidade de carências”. Demais motivos, estão previstos em outro formulário.

# Formulário de transferência entre filiais e empresas solidárias

O formulário de transferência pode ser utilizado para a seguinte modalidade de plano:

- Coletivo Empresarial

## Prazos

Os formulários devem ser enviados à Unimed até o dia 15 de cada mês para transferência no primeiro dia do mês subsequente.

**OBS:** A transferência somente será processada se não houver pendências.

**Importante:** Pode haver mudança no prazo de entrega no mês de dezembro portanto fique atento aos News enviados no seu e-mail!

# Orientações para preenchimento e assinatura do formulário de transferência entre filiais e empresas solidárias

Quando utilizar o formulário de transferência?

- Quando a transferência do beneficiário ocorrer entre matriz e filial ou entre empresas do mesmo grupo.

Para empresas que possuem de 01 a 10 vidas ativas, deve ser enviado o formulário de exclusão para bloqueio do plano anterior e formulário de transferência para inclusão no plano novo.



	<b>FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE FILIAIS OU SOLIDÁRIAS</b>	FOR.REA.0005/00 Implantação: 01/2023 Classificação: RESTRITO
--	--	--

**1. DADOS DA OPERADORA**

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

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

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA CONTRATANTE	N.º 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.º OPER.
CNPJ	

**4. DADOS DO PLANO**

ABREVIATURA	
<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional / Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Municipal	
ACOBERTURA	Nº 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:

Preenchimento obrigatório de todos os campos, exceto campo destacado em **vermelho**.



Permanecem inalterados Permanecem inalterados, com exceção do \_\_\_\_\_.

o (s) qual (is) apresentou 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 55) no link: [www.unimed.coop.br/chapeco](http://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 Unimed 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](http://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

No item 5. Assinalar apenas uma opção

Se houver alteração em algum dos documentos, como: nome, endereço e etc., assinalar campo destacado ao lado, bem como enviar cópia dos documentos que sofreram alteração (atualizados).

	<b>FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE FILIAIS OU SOLIDÁRIAS</b>	FOR.REA.0005/00 Implantação: 01/2023 Classificação: RESTRITO
---	--	--

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:	

→

É obrigatório o preenchimento dos campos: data, razão social e CNPJ, bem como assinatura do titular, carimbo e assinatura da empresa nos campos indicados.

**Observação:** Quando constar a descrição da razão social da empresa e CNPJ no carimbo, não se faz necessário o preenchimento dos campos: Razão social e CNPJ; solicitados abaixo do campo “assinatura e carimbo da empresa contratante”.

É obrigatório a assinatura do titular do plano.

**Importante:** Onde consta destaque em **vermelho** é obrigatório a assinatura do responsável legal no campo “assinatura do responsável pelo titular menor”, bem como o preenchimento do “nome” e “CPF”.

É devido a assinatura do titular menor apenas no campo “assinatura do titular”.



	<b>FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE FILIAIS OU SOLIDÁRIAS</b>	FOR.REA.0005/00 Implantação: 01/2023 Classificação: RESTRITO
---	--	--

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<hr/> ASSINATURA TITULAR	<hr/> ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA CONTRATANTE
	RAZÃO SOCIAL: CNPJ:
	<hr/> RESPONSÁVEL PELO TITULAR MENOR
	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;"> NOME:  CPF: </div>



É obrigatório o preenchimento dos campos: data, razão social e CNPJ, bem como assinatura do titular, carimbo e assinatura da empresa nos campos indicados.

**Observação:** Quando constar a descrição da razão social da empresa e CNPJ no carimbo, não se faz necessário o preenchimento dos campos: Razão social e CNPJ; solicitados abaixo do campo “assinatura e carimbo da empresa contratante”.

É obrigatório a assinatura do titular do plano.

**Importante:** Onde consta destaque em **vermelho** é obrigatório a assinatura do responsável legal no campo “assinatura do responsável pelo titular menor”, bem como o preenchimento do “nome” e “CPF”.

É devido a assinatura do titular menor apenas no campo “assinatura do titular”.



# Formulário de transferência entre filiais e empresas solidárias

contratos com assinatura do termo aditivo de flexibilização de documentos

O formulário de transferência pode ser utilizado para a seguinte modalidade de plano:

- Coletivo Empresarial

Somente poderá ser utilizado para empresas a partir de 11 vidas ativas.

## Prazos

Os formulários devem ser enviados à Unimed até o dia 15 de cada mês para transferência no primeiro dia do mês subsequente.

**OBS:** A transferência somente será processada se não houver pendências.

**Importante:** Pode haver mudança no prazo de entrega no mês de dezembro portanto fique atento aos News enviados no seu e-mail!



# Formulário de transferência entre filiais e empresas solidárias

contratos com assinatura do termo aditivo de flexibilização de documentos

Quando utilizar o formulário de transferência?

Quando a transferência do beneficiário for entre matriz e filial ou entre empresas do mesmo grupo.

É possível utilizar o mesmo formulário para a transferência de mais de um beneficiário, considerando o ANEXO I (página 4 do formulário).

Para as empresas que aderiram a flexibilização não é necessário o envio do formulário de exclusão.



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA  
ENTRE FILIAIS E SOLIDÁRIAS -  
CONTRATOS ADITIVADOS

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

1. DADOS DA OPERADORA

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

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE ATUAL

NOME SOCIAL	
CPF	Nº OPER.

3. TIPO DE TRANSFERÊNCIA

- Transferência para o outro produto (dentro do mesmo grupo de empresas)
- Transferência para CNPJ da filial/ matriz/ empresa do mesmo grupo
- Transferência para CNPJ da filial/ matriz/ empresa do mesmo grupo com alteração de produto

4. DADOS DO PLANO ATUAL

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	

5. DECLARAÇÕES

- Solicito a transferência dos beneficiários listados abaixo para uma abrangência ou acomodação igual à do plano anterior, cliente que é obrigatório a apresentação do vínculo empregatício atualizado.
- Solicito a transferência dos beneficiários listados abaixo para uma abrangência ou acomodação superior à do plano anterior, cliente que é obrigatório a apresentação do vínculo empregatício atualizado, que será exigido o cumprimento das carências na nova cobertura de acordo com a Súmula Z1-ANS e que devo comunicar o colaborador em caso de alteração de valores.
- Solicito a transferência dos beneficiários listados abaixo para uma abrangência ou acomodação inferior à do plano anterior, cliente que é obrigatório a apresentação do vínculo empregatício atualizado e assinatura do titular no anexo I.

6. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (Titular e Dependentes)

Código do Cartão	Nome do Beneficiário

7. 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	
NOME SOCIAL	CPF

Na primeira página é obrigatório o preenchimento de todos os campos, incluindo o código do cartão do plano de saúde atual.



**8. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (Titular e Dependentes)**

<u>Código do Cartão</u>	Nome do Beneficiário

**9. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA**

**Declaro que informo aos beneficiários:**

- 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;
- as regras do **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta, onde leram e compreenderão o seu inteiro teor;
- que será aplicado o benefício da **sumula 21** quando o mesmo atender aos critérios previstos na legislação;
- o valor do custo do plano de acordo com a faixa etária dos beneficiários;
- que o **GUIA DE LECTURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será disponibilizado com o cartão de identificação do beneficiário titular (físico ou digital);
- que a Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN 55) no link: [www.unimed.coop.br/chapeco](http://www.unimed.coop.br/chapeco) com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
- que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual **Mecanismos de Regulação**;
- que a 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 Unimed 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](http://www.unimed.coop.br/chapeco);
- que os titulares do plano, devem possuir as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes;
- que os titulares e responsáveis legal de menores de 18 anos ou incapazes, declaram que possuem as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações necessárias para transferência do plano, tendo 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.

**10. 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 de acordo com calendário da movimentação.

**11. 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 aceite 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.

Preenchimento obrigatório de todos os campos, exceto campo destacado em **vermelho**, onde solicita o código do cartão relacionado ao novo plano, pois o mesmo será processado após realização da transferência.





**FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA  
ENTRE FILIAIS E SOLIDÁRIAS -  
CONTRATOS ADITIVOS**

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

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:

É obrigatório o preenchimento da data, bem como assinatura e carimbo do contratante atual e assinatura e carimbo do novo contratante.



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 Unimed Chapeçó Coop. De Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	CNPJ 85.283.299/0001-91	REGISTRO 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: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	Nº DO REGISTRO DO PLANO: 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.

Desto 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

O "ANEXO I" é obrigatório para os casos em que: A transferência ocorrer para um plano de menor abrangência e/ou acomodação que o plano atual.

Quando a transferência ocorrer para um plano de maior abrangência e/ou acomodação que o plano atual, fica dispensado o anexo.

É obrigatório o preenchimento de todos os campos, exceto o destacado em vermelho, onde solicita o código do cartão relacionado ao novo plano, pois o mesmo será processado após realização da transferência.

**Importante:** Conforme descrito no formulário, é obrigatório o presente anexo assinado para cada titular transferido de um contrato para o outro.



Em caso de dúvidas entre em contato  
com o setor Gestão de Contratos através dos canais:

Telefones: (49) 3361-1814 ou 3361-1816

WhatsApp: (49) 3361-1800 Opção 11

**Unimed**   
Chapecó