



**PROPOSTA DE ADESÃO
CONDICIONADA À ANÁLISE DE PORTABILIDADE
PLANO COLETIVO**

SETOR COMERCIAL

Registro ANS
351792

ADESÃO DE: TITULAR DEPENDENTE(S)

OPERADORA DO PLANO DE DESTINO

Nome: UNIMED FOZ DO IGUAÇU			Registro ANS: 351792	
Logradouro: RUA MARECHAL DEODORO DA FONSECA				
Número: 481	Bairro: Centro	Cidade: FOZ OD IGUAÇU	UF: PR	
CNPJ: 81697419000146		Inscrição Estadual:	Telefone: (45)2102-7613	

DADOS DA PJ CONTRATANTE

Razão social:			E-mail:	
Logradouro:				
Número:	Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
CNPJ:		Inscrição Estadual:	Telefone:	

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome Completo (sem abreviações):			E-mail:	
Logradouro:				Cep:
Número:	Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
CPF:	RG:	Telefone:		Beneficiário internado? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:			Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe:				Nº Reg. Plano Destino ANS:
Opção do Plano				Valor

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dependente 1:			E-mail:	
CPF:	RG:	Telefone:		Beneficiário internado? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:			Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe:				Nº Reg. Plano Destino ANS:
Opção do Plano				Valor
Dependente 2:			E-mail:	
CPF:	RG:	Telefone:		Beneficiário internado? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:			Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe:				Nº Reg. Plano Destino ANS:
Opção do Plano				Valor



**PROPOSTA DE ADESÃO
CONDICIONADA À ANÁLISE DE PORTABILIDADE
PLANO COLETIVO**

SETOR COMERCIAL

Registro ANS
351792


Dependente 3:			E-mail:	
CPF:	RG:	Telefone:	Beneficiário internado? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:		Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe:			Nº Reg. Plano Destino ANS:	
Opção do Plano			Valor	

TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO que estou CIENTE de que:

1. **A inexactidão nas informações e nos dados preenchidos neste documento, inclusive quanto à condição de internação hospitalar ou domiciliar dos beneficiários a serem inscritos, constitui FRAUDE**, permitindo à operadora do plano de destino **anular os efeitos da portabilidade e cobrar do titular todos os procedimentos realizados no período em que os beneficiários estariam em cumprimento de períodos de carência;**
2. O presente documento consiste em mera manifestação de vontade de contratar/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;**
3. Havendo necessidade de assinatura de novos documentos, tais como contrato, declaração de saúde ou termo de CPT – Cobertura Parcial Temporária, ou aceite formal por parte do contratante, **isto será requerido pela operadora;**
4. Na hipótese do item anterior, **a ausência de ação/manifestação do titular no prazo estipulado pela operadora será entendida como DESISTÊNCIA, tornando sem efeito o presente documento;**
5. 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 da validação deste documento pela operadora**, a qual compromete-se a emitir um protocolo;
1. 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;**
6. **Em virtude do disposto no item anterior (item 6 acima), 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;**
7. O resultado da análise poderá determinar a **isenção parcial das carências e de CPT – Cobertura Parcial Temporária;**
8. **Este documento NÃO cancela/rescinde o plano de origem;**
9. 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;** e
10. O presente documento não substitui outros que porventura sejam exigidos pela operadora do plano de destino.

Foz do Iguaçu/Paraná, de de 2021.


Titular

Representante Comercial