

FORM-P02-04 Rev. 02 Emissão: 04/08/2020	PROPOSTA PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS – CONTRATOS COLETIVOS	
---	---	--

DADOS DA OPERADORA	
UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	
Endereço: Rua Dom Jaime Câmara, 94, Centro, Florianópolis – SC, 88015-120	Telefone: 0800 48 3500
CNPJ: 77.858.611/0001-08	Registro ANS: 360449

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE (DADOS DO PLANO DESTINO)		
Empresa Contratante:		Contrato:
Agrupamento.:	CNPJ:	Reg. Produto ANS:

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR		
Nome Completo:		
CPF:	Telefone:	E-mail:
Beneficiário Internado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Preencheu Declaração de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES		
Dependente 01		
Nome Completo:		
CPF:	Parentesco:	
Beneficiário Internado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Preencheu Declaração de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dependente 02		
Nome Completo:		
CPF:	Parentesco:	
Beneficiário Internado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Preencheu Declaração de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dependente 03		
Nome Completo:		
CPF:	Parentesco:	
Beneficiário Internado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Preencheu Declaração de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dependente 04		
Nome Completo:		
CPF:	Parentesco:	
Beneficiário Internado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Preencheu Declaração de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



TERMO DE CIÊNCIA – Declaro estar ciente de que:

1. **A inexatidão 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 e preenchimento de todos os requisitos definidos na Resolução Normativa nº 438/2018. A Operadora tem o prazo legal **de 10 (dez) dias corridos, contados da data de solicitação da Portabilidade, para analisar a documentação encaminhada.** A vigência do plano está condicionada a apresentação de todos os documentos corretos e necessários para o exercício da Portabilidade, conforme Art. 17 da RN 438/2018;

6. Caso o beneficiário solicite a inclusão no plano, **sem se utilizar da Portabilidade** e posteriormente identifique que tinha direito ao exercício da mesma e venha a solicitar a isenção de carências, a **Operadora não será obrigada a isentar as carências**, mesmo que o beneficiário demonstre que tinha esse direito antes de ter aderido ao plano;

7. 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;**

8. **Em virtude do disposto no item anterior (item 7 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;**

9. O resultado da análise poderá determinar a **isenção parcial das carências e de CPT – Cobertura Parcial Temporária;**

10. **Este documento NÃO cancela/rescinde o plano de origem.** Ao exercer a portabilidade de carências, **o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com esta operadora e, em caso de não atendimento, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências cabíveis no plano de destino;** e

11. O presente documento não substitui outros que porventura sejam exigidos pela operadora do plano de destino.

12. A CONTRATADA disponibilizará acesso individualizado para o BENEFICIÁRIO e dependentes ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, disponível em **www.unimedflorianopolis.com.br.**

Assinatura da Contratante

Assinatura do Beneficiário Titular