Unimed S. J. do Rio Preto
www.unimedriopreto.com.br
Avenida Bady Bassitt, 3877
15015-700 – Vila Imperial – São José do Rio Preto – SP
T. (17) 3202-1223

PROPOSTA DE ADESÃO
CONDICIONADA À ANÁLISE DE PORTABILIDADE
PLANO COLETIVO

ADESÃO DE: ☐ TITULAR ☐ DEPENDENTE(S)

OPERADORA DO PLANO DE DESTINO

Nome: UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO			Registro ANS: 33510-0
Logradouro: AV. BADY BASSITT			
Número: 3877	Bairro: VILA IMPERIAL	Cidade: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UF: SP
CNPJ: 45100138/0001-09		Inscrição Estadual: ISENTA	

DADOS DO PLANO DE DESTINO:

Nome do Produto:	Registro ANS:
Segmentação Assistencial:	
Com coparticipação: Sim ☐ Não ☐	Padrão de Acomodação: Quarto Coletivo ☐ Quarto Privativo

DADOS DA PESSOA JURÍDICA 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:			Telefone:	
Número:	Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
CPF:	RG:	CNS:	Beneficiário internado? SIM ☐ NÃO ☐	
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:		Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐	
Nome da Mãe:			Nº Reg. Plano Destino ANS:	

Unimed S. J. do Rio Preto
www.unimedriopreto.com.br
Avenida Bady Bassitt, 3877
15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP
T. (17) 3202-1223

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dependente 1 - Nome:			E-mail:
CPF:	RG:	CNS:	Beneficiário internado? SIM NÃO
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:		Sexo: Feminino Masculino
Nome da Mãe:			Nº Reg. Plano Destino ANS:
Dependente 2:			E-mail:
CPF:	RG:	CNS:	Beneficiário internado? SIM NÃO
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:		Sexo: Feminino Masculino
Nome da Mãe:			Nº Reg. Plano Destino ANS:
Dependente 3:			E-mail:
CPF:	RG:	CNS:	Beneficiário internado? SIM NÃO
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:		Sexo: Feminino Masculino
Nome da Mãe:			Nº Reg. Plano Destino ANS:
Dependente 4:			E-mail:
CPF:	RG:	CNS:	Beneficiário internado? SIM NÃO
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:		Sexo: Feminino Masculino
Nome da Mãe:			Nº Reg. Plano Destino ANS:
Dependente 5:			E-mail:
CPF:	RG:	CNS:	Beneficiário internado? SIM NÃO
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:		Sexo: Feminino Masculino
Nome da Mãe:			Nº Reg. Plano Destino ANS:

Unimed S. J. do Rio Preto
www.unimedriopreto.com.br
Avenida Bady Bassitt, 3877
15015-700 – Vila Imperial – São José do Rio Preto – SP
T. (17) 3202-1223

TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO que estou 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. O comunicado de aceitação/recusa poderá ser enviado pela operadora por quaisquer dos seguintes meios de comunicação: e-mail, contato telefônico, correspondência ou outro que assegure a ciência do solicitante, portanto, sendo priorizados pela operadora os meios digitais. Neste sentido, **DECLARA** o solicitante que os dados acima informados são verídicos e atualizados, sendo de sua responsabilidade comunicar qualquer alteração, bem como verificar sua caixa de e-mail, lixo eletrônico e anti-spam.
4. 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**;
5. 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**;
6. **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;**
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, sendo responsabilidade do solicitante a apresentação de declaração da operadora de origem e/ou outros documentos que comprovem todos os requisitos exigidos pela referida normativa, sob pena de recusa da presente proposta por insuficiência de informações necessárias à análise**;
8. **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;**
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**;
11. 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
12. **O presente documento não substitui outros que porventura sejam exigidos pela operadora do plano de destino.**

Unimed
S. J. do Rio Preto
www.unimedriopreto.com.br
Avenida Bady Bassitt, 3877
15015-700 – Vila Imperial – São José do Rio Preto – SP
T. (17) 3202-1223

_____, _____ de _____de _____.

_____
Solicitante

_____
Nome :
(Pessoa Jurídica Contratante e/ou Administradora de Benefícios)