|  |
| --- |
| **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** |
| Empresa Contratante: | Contrato: |
| Filial/Agrup.: | CNPJ: | Reg. Produto ANS: |

|  |
| --- |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR** |
| Nome Completo: | Código:  |
| CPF: | Telefone: | E-mail: |
| Beneficiário Internado? [ ]  Sim [ ]  Não | Preencheu Declaração de Saúde? [ ]  Sim [ ]  Não |

|  |
| --- |
| **DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** |
| **Dependente 01** |
| Nome Completo: | Código:  |
| CPF: | Parentesco: |
| Beneficiário Internado? [ ]  Sim [ ]  Não | Preencheu Declaração de Saúde? [ ]  Sim [ ]  Não |
| **Dependente 02** |
| Nome Completo: | Código:  |
| CPF: | Parentesco: |
| Beneficiário Internado? [ ]  Sim [ ]  Não | Preencheu Declaração de Saúde? [ ]  Sim [ ]  Não |
| **Dependente 03** |
| Nome Completo: | Código:  |
| CPF: | Parentesco: |
| Beneficiário Internado? [ ]  Sim [ ]  Não | Preencheu Declaração de Saúde? [ ]  Sim [ ]  Não |
| **Dependente 04** |
| Nome Completo: | Código:  |
| CPF: | Parentesco: |
| Beneficiário Internado? [ ]  Sim [ ]  Não | Preencheu Declaração de Saúde? [ ]  Sim [ ]  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 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 **vigência do plano do beneficiário iniciará no décimo primeiro dia**, contado da data de solicitação (data do primeiro envio do lote ou data de envio do e-mail da empresa contratante com a Declaração de Saúde do beneficiário para a Unimed), conforme Art. 17 da RN 438/2018;
6. 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**;
7. **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;**
8. O resultado da análise poderá determinar a **isenção parcial das carências e de CPT – Cobertura Parcial Temporária**;
9. **Este documento NÃO cancela/rescinde o plano de origem**;
10. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura da Contratante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário Titular |