



PROPOSTA DE ADESÃO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Nome do(a) Beneficiário(a): _____

PLANO DE ORIGEM

Nome da operadora: _____ Registro da operadora na ANS: _____

Nome do plano: _____ Registro do plano na ANS: _____

Segmentação do Plano: _____ Data de Inclusão: ___/___/_____

Último pagamento em: ___/___/_____

Exerceu portabilidade? () Sim () Não Cumpriu ou está cumprindo CPT? () Sim () Não

PLANO DE DESTINO

Nome da operadora: **Unimed-Rio** Registro da operadora na ANS: **39.332-1**

Nome do plano: _____ Registro do plano na ANS: _____

PRINCIPAIS DOCUMENTOS APRESENTADOS

- () Comprovante de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas
- () Comprovante de prazo de permanência no plano de origem
- () Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino
- () Comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano
- () Cópia da Declaração de Saúde preenchida no plano de origem, caso o(a) beneficiário(a) esteja em cumprimento de CPT

QUESTIONAMENTOS COMPLEMENTARES

Está internado? () Sim () Não

Caso afirmativo, informar em qual Hospital: _____

Há previsão para internação? () Sim () Não

Caso afirmativo, informar em qual Hospital: _____

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:

1. a Unimed-Rio tem até 10 dias, contados da data de assinatura desta Proposta, para concluir sua análise, bem como da documentação entregue neste ato;
2. a Unimed-Rio me enviará correspondência, caso não haja o atendimento aos requisitos mínimos para exercício da Portabilidade de carências, justificando sua recusa;
3. as coberturas e serviços adicionais do plano de origem não estão contempladas no plano de destino escolhido, sendo o atendimento limitado aos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
4. nos planos com segmentação exclusivamente odontológica, é desconsiderada a exigência de preenchimento dos campos que tratam da CPT e os questionamentos complementares;
5. após conclusão da análise da documentação e aceite da Unimed-Rio, o início de vigência do meu contrato ocorrerá conforme acordo contratual da pessoa jurídica contratante, que dar-se-á em ___/___/_____;
6. declaro, ainda, que as informações por mim prestadas nesta Proposta são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

_____, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do(a) Beneficiário(a)