

**PROPOSTA DE ADEÇÃO 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?

☐ Não☐ Sim

Cumpriu ou está cumprindo CPT?

☐ Não☐ Sim**PLANO DE DESTINO**

Nome da operadora

Registro da operadora na ANS

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 o titular ou pessoa jurídica contratante do plano
- ☐ Comprovação referente ao empresário individual, quando for o caso
- ☐ Cópia da Declaração de Saúde preenchida no plano de origem, caso o(a) beneficiário(a) esteja em cumprimento de CPT

QUESTIONAMENTOS COMPLEMENTARES

Está internado?

☐ Não ☐ Sim

Caso afirmativo, informar em qual Hospital:

Há previsão para internação?

☐ Não ☐ Sim

Caso afirmativo, informar em qual Hospital:

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:

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

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Beneficiário(a)