

### CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CNPJ/MF: \_\_\_\_\_

CÓD. ANS: \_\_\_\_\_

E-MAIL TITULAR: \_\_\_\_\_

### II. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

TIT  
 DEP 1  
 DEP 2  
 DEP 3  
 DEP 4  
 DEP 5  
 DEP 6

	NOME COMPLETO	
	CPF	
	N.º REGISTRO DO PLANO DE DESTINO	
	NOME COMPLETO	
	CPF	
	N.º REGISTRO DO PLANO DE DESTINO	
	NOME COMPLETO	
	CPF	
	N.º REGISTRO DO PLANO DE DESTINO	
	NOME COMPLETO	
	CPF	
	N.º REGISTRO DO PLANO DE DESTINO	
	NOME COMPLETO	
	CPF	
	N.º REGISTRO DO PLANO DE DESTINO	
	NOME COMPLETO	
	CPF	
	N.º REGISTRO DO PLANO DE DESTINO	

Declaro estar ciente de que:

1) A assinatura da presente proposta de admissão representa pedido formal de portabilidade de carências, conforme estipula a Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cuja efetivação depende da avaliação e aprovação da Unimed Curitiba quanto aos requisitos legais definidos naquela normativa no prazo máximo de 10 (dez) dias, conforme o disposto no artigo 16, parágrafo único da mesma regra.

2) Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 não tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa. Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba informará o aceite da proposta de admissão sem a aplicação de Carências e Cobertura Parcial Temporária - CPT, tornando sem efeito quaisquer cláusulas a este respeito constantes do Regulamento do plano exclusivamente para os beneficiários aceitos;

3) A Unimed Curitiba informará a mim o aceite ou a recusa da portabilidade por email no prazo máximo de 10(dez) dias a contar da assinatura da presente proposta.

O início do direito às coberturas dar-se-á no dia em que eu for incluído no plano de saúde coletivo, de acordo com o cronograma de movimentação cadastral estipulado contratualmente entre a empresa contratante e a Unimed Curitiba.

Estou ciente de que devo solicitar o cancelamento do meu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do vínculo com o plano de saúde da Unimed Curitiba.

Estou ciente de que se eu deixar de solicitar o cancelamento do meu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias, estarei sujeito ao cumprimento dos períodos de carências e CPT cabíveis no plano da Unimed Curitiba. Em caso de internação hospitalar em curso, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação, ressalvadas as hipóteses de portabilidade previstas nos artigos 8º, 12 e 13 da Resolução Normativa nº 438/2018.

Declaro, por fim, que preenchi esta proposta com atenção e que todas as informações prestadas em meu nome e de meus dependentes são verdadeiras e completas.

\_\_\_\_\_  
Data Assinatura

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA BENEFICIÁRIO TITULAR

ANS - nº 30470-1