



TERMO DE INCLUSÃO

Coletivo por Adesão
Dependente

Unimed 
Vitória

CÓDIGO DA CARTEIRINHA

080.

(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELA UNIMED VITÓRIA)

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				REGISTRO NA ANS Nº 357391	
ENDEREÇO AV. CEZAR HILAL, 700, 3º ANDAR - BENTO FERREIRA - VITÓRIA - ES - CEP: 29.050-903				INSCRIÇÃO NO CNPJ 27.578.434/0001-20	
RESPONSÁVEL FABIANO PIMENTEL PEREIRA DEJAIR XAVIER CORDEIRO		RG 927987 SPTC/ES 512031 SPTC/ES	ESTADO CIVIL CASADO DIVORCIADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO
CARGO DIRETOR-PRESIDENTE DIRETOR DE MERCADO					

DADOS DO PROPONENTE/TITULAR

NOME COMPLETO		CÓDIGO PRODUTO ANS	
CPF	CÓDIGO DO PLANO UNIMED VITÓRIA 080.		

DADOS DOS DEPENDENTES

NOME DEPENDENTE 1 (SEM ABREVIACÕES)

NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)

CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		BENEFICIÁRIO INTERNADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	
PARENTESCO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> AGREGADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO (A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO (A)				
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED VITÓRIA 080.		MOVIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE		CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL <input type="checkbox"/> APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

VALOR DO PLANO (D1)

MENSALIDADE (R\$)	INSCRIÇÃO (R\$)	VALOR DO OPCIONAL (D1) <input type="checkbox"/> REMOÇÃO (SOS) R\$ _____	VALOR TOTAL (D1) R\$ _____
-------------------	-----------------	---	-------------------------------

NOME DEPENDENTE 2 (SEM ABREVIACÕES)

NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)

CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		BENEFICIÁRIO INTERNADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	
PARENTESCO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> AGREGADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO (A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO (A)				
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED VITÓRIA 080.		MOVIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE		CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL <input type="checkbox"/> APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

VALOR DO PLANO (D2)

MENSALIDADE (R\$)	INSCRIÇÃO (R\$)	VALOR DO OPCIONAL (D2) <input type="checkbox"/> REMOÇÃO (SOS) R\$ _____	VALOR TOTAL (D2) R\$ _____
-------------------	-----------------	---	-------------------------------

NOME DEPENDENTE 3 (SEM ABREVIACÕES)

NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)

CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		BENEFICIÁRIO INTERNADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	
PARENTESCO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> AGREGADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO (A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO (A)				
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED VITÓRIA 080.		MOVIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE		CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL <input type="checkbox"/> APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

VALOR DO PLANO (D3)

MENSALIDADE (R\$)	INSCRIÇÃO (R\$)	VALOR DO OPCIONAL (D3) <input type="checkbox"/> REMOÇÃO (SOS) R\$ _____	VALOR TOTAL (D3) R\$ _____
-------------------	-----------------	---	-------------------------------

DATA DE INGRESSO E DE INÍCIO DE VIGÊNCIA NO PLANO

DIA _____ MÊS _____ ANO _____

1ª VIA UNIMED VITÓRIA / 2ª VIA PROPONENTE TITULAR

V.17:03.23

1/3

Os dados pessoais informados voluntariamente no presente Termo de Inclusão serão tratados pela UNIMED VITÓRIA de acordo com os princípios e obrigações estabelecidos pela Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (“LGPD”) com o propósito de cumprimento de obrigação legal ou regulatória e execução do contrato. A UNIMED VITÓRIA realizará os tratamentos necessários para que possa prestar os serviços contratados de forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletadas como confidenciais. **Caso os dados pessoais informados sejam relativos a crianças ou adolescentes, o responsável legal autoriza o seu tratamento.** O titular dos dados é livre para exercer, a qualquer momento, seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais.

O beneficiário titular, ao decidir incluir dependentes em seu plano de saúde, assume o compromisso de comunicar a eles as informações acima sobre tratamentos de dados realizados pela UNIMED VITÓRIA.

Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na POLÍTICA DE PRIVACIDADE, disponível em www.unimedvitoria.com.br.

CARÊNCIAS (CONFORME PLANO CONTRATADO PELO TITULAR)

TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
		A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal (Limitado a 12h de atendimento ambulatorial)	24 Horas	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 Dias	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames simples (análises clínicas, RX simples)	30 Dias	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 Dias	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 Dias	Já cumpridas	90 dias	30 dias

TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
		A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal	24 horas	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 dias	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Simples (análises clínicas, RX simples)	30 dias	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 dias	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 dias	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Internação clínica e cirúrgica	180 dias	Já cumpridas	180 dias	180 dias
Padrão individual de acomodação em internação (apartamento)	180 dias	Já cumpridas	30 dias	30 dias
Partos a termo	300 dias	Já cumpridas	300 dias	300 dias

APROVEITAMENTO A (APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS NO PLANO ANTERIOR):

- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não regulamentado em dia, cancelado há até 60 dias.
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não regulamentado inadimplente, cancelado há até 60 dias, mediante quitação das mensalidades e coparticipação em aberto (quando houver).
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória em custo operacional.
- O Recém-nascido incluído até 30 dias do nascimento em plano da Unimed Vitória com cobertura hospitalar com obstetrícia e regulamentado.
- O Recém-nascido incluído entre 31 e 60 dias após o nascimento em plano da Unimed Vitória, com preenchimento de Declaração de Saúde.
- Inclusão de Recém-Casado até 30 dias do matrimônio ou união estável tem direito de isenção de carência e DS.
- Troca de Planos na Unimed Vitória, sem interrupção entre os planos (Súmula 21 da ANS).

APROVEITAMENTO B (ISENÇÃO DE ALGUMAS CARÊNCIAS E REDUÇÃO DE OUTRAS, EXCETO PARTOS A TERMO):

- Para beneficiários de planos de outras Operadoras com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do cancelamento, com preenchimento de declaração de saúde.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos **em outra operadora**, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

APROVEITAMENTO C (ISENÇÃO DE ALGUMAS CARÊNCIAS E REDUÇÃO DE OUTRAS, EXCETO PARTOS A TERMO):

- Para beneficiários de planos de outras Unimed's com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do cancelamento, com preenchimento de declaração de saúde.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em **outras Unimed's**, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

NOTA

(1) Para clientes da Unimed Vitória será feito o aproveitamento de carência conforme as regras e critérios citados anteriormente independentemente da faixa etária. Só poderá ser feito aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior.

(2) Para o aproveitamento de carência **B e C** será necessário anexar a documentação que comprove a condição para aproveitamento de carência. Somente após a conferência pelo setor de cadastro da Unimed Vitória que o aproveitamento de carência será concedido.

IMPORTANTE

1 – O aproveitamento de carência é uma concessão feita para beneficiários que possuem outros planos de saúde, de acordo com as regras de aproveitamento de carências acima, que poderá ou não ser realizado pela Unimed Vitória, após examinada toda a documentação do(s) beneficiário(s).

2 – Só poderá ser concedido aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior, salvo para os casos de portabilidade.

3 – Não ocorrendo o aproveitamento de carências, o beneficiário deverá cumprir as carências previstas no contrato de plano de saúde que irá aderir.

4 – A inclusão por portabilidade está condicionada à análise dos requisitos definidos na RN 438 da ANS para cada beneficiário, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data do recebimento deste documento pela operadora, com aplicação de carência e CPT para quem não for elegível. A vigência do plano só iniciará se não houver recusa da operadora ou desistência do proponente.

5 – Em caso de portabilidade de carências, este documento NÃO cancela/rescinde o plano de origem, devendo o beneficiário 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 desse plano, sob pena de ter que cumprir as carências previstas no contrato.

6 – A inexistência 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 responsável pelo contrato todos os procedimentos realizados no período em que os beneficiários estariam em cumprimento de períodos de carência.

7 – Nos casos em que esteja sendo realizada a contratação de um novo plano, com acomodação superior ao do plano atual e ainda vigente, deverão ser analisadas as seguintes situações:

(a) Para utilização dos serviços referentes a nova acomodação, será exigido cumprimento de carência de 180 (cento e oitenta) dias;

(b) Em caso de internação, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente contratada;

(c) Também será exigido o cumprimento das carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior, conforme previsto na tabela de carências acima.

8 – A isenção de carência é garantida desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração ou da data de aniversário do contrato coletivo. Após esse período, será exigido o cumprimento da carência contratual prevista na tabela acima, salvo para os casos de recém-nascidos e recém-casados incluídos no plano até no máximo 30 dias após o evento.

DECLARAÇÃO

Declaro reconhecer como verdadeiras e válidas as informações aqui fornecidas por mim que são, neste ato, apresentadas como proposta de contratação de plano privado de assistência à saúde.

Declaro que estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições do referido contrato de plano de saúde, tendo recebido o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde antes da contratação e o Guia de Leitura Contratual no ato da contratação.

Declaro que fui informado, estou ciente e concordei que o número do meu Cartão Nacional de Saúde (CNS) estará disponível na Área Restrita para Clientes no site da Unimed Vitória (www.unimedvitoria.com.br), bem como a minha Identificação Padrão da Saúde Suplementar, assim que meu cadastro for efetivado na Operadora e eu cadastrar minha senha no referido site.

Declaro, por fim, que fui informado e estou ciente das condições e prazos presentes na TABELA DE CARÊNCIAS, assim como das regras de aproveitamento de carências, ambas integrantes desta proposta de adesão.

DADOS DA VENDA

CÓDIGO DO VENDEDOR	NOME DO VENDEDOR
--------------------	------------------

ASSINATURA

DATA	ASSINATURA DO TITULAR (IGUAL AO DOCUMENTO)
------	--