

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

NOME COMPLETO DO TITULAR (LEGÍVEL E COM LETRA DE FORMA)

TRANSFERÊNCIA DE PLANO (PARA PLANOS EMPRESARIAIS)

Apartamento para Enfermaria Para RD
 Enfermaria para Apartamento

TRANSFERÊNCIA DE CÓDIGO (PARA PLANOS EMPRESARIAIS)

CONTRATO DE DESTINO

Apartamento
 Enfermaria

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

Exclusão S.O.S Unimed ODONTO
 Inclusão PBM Titular + Dependentes

DEPENDENTE 01

NOME COMPLETO (LEGÍVEL E COM LETRA DE FORMA)

CPF: _____ SEXO: Masculino Feminino ESTADO CIVIL: Casado Divorciado Separado Judicialmente Solteiro Viúvo Outros DATA DE NASCIMENTO: _____

NOME DA MÃE (LEGÍVEL E COM LETRA DE FORMA)

TRANSFERÊNCIA DE PLANO (PARA PLANOS EMPRESARIAIS)

Apartamento para Enfermaria Para RD
 Enfermaria para Apartamento

TRANSFERÊNCIA DE CÓDIGO (PARA PLANOS EMPRESARIAIS)

CONTRATO DE DESTINO

Apartamento
 Enfermaria

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

Exclusão S.O.S Unimed ODONTO
 Inclusão PBM Dependente

PARENTESCO: FA FO E ES P M CP

PLANO CONTRATADO

TIPO DE PLANO
 VITORIAMED
 PARTICIPATIVO ESTADUAL
 PARTICIPATIVO NACIONAL
 UNIMED FÁCIL PARTICIPATIVO

SEGMENTAÇÃO
 AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
 AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

ACOMODAÇÃO
 QUARTO PRIVATIVO
 ENFERMARIA
 RD

CÓDIGO ANTERIOR: **0 8 0**

CÓDIGO DO CONTRATO: _____ CÓDIGO NA ANS: _____

MENSALIDADE: _____ DESCONTO: _____ % TOTAL: _____

TIPO DE NEGOCIAÇÃO

PLANO NOVO MIGRAÇÃO

CARÊNCIA (Legenda no verso)

CONTRATUAL A B C D

INSCRIÇÃO

R\$ _____

TOTAL (Dependente 01)

R\$ _____

DEPENDENTE 02

NOME(COMPLETO (LEGÍVEL E COM LETRA DE FORMA)

CPF: _____ SEXO: Masculino Feminino ESTADO CIVIL: Casado Divorciado Separado Judicialmente Solteiro Viúvo Outros DATA DE NASCIMENTO: _____

NOME DA MÃE (LEGÍVEL E COM LETRA DE FORMA)

TRANSFERÊNCIA DE PLANO (PARA PLANOS EMPRESARIAIS)

Apartamento para Enfermaria Para RD
 Enfermaria para Apartamento

TRANSFERÊNCIA DE CÓDIGO (PARA PLANOS EMPRESARIAIS)

CONTRATO DE DESTINO

Apartamento
 Enfermaria

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

Exclusão S.O.S Unimed ODONTO
 Inclusão PBM Dependente

PARENTESCO: FA FO E ES P M CP

PLANO CONTRATADO

TIPO DE PLANO
 VITORIAMED
 PARTICIPATIVO ESTADUAL
 PARTICIPATIVO NACIONAL
 UNIMED FÁCIL PARTICIPATIVO

SEGMENTAÇÃO
 AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
 AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

ACOMODAÇÃO
 QUARTO PRIVATIVO
 ENFERMARIA
 RD

CÓDIGO ANTERIOR: **0 8 0**

CÓDIGO DO CONTRATO: _____ CÓDIGO NA ANS: _____

MENSALIDADE: _____ DESCONTO: _____ % TOTAL: _____

TIPO DE NEGOCIAÇÃO

PLANO NOVO MIGRAÇÃO

CARÊNCIA (Legenda no verso)

CONTRATUAL A B C D

INSCRIÇÃO

R\$ _____

TOTAL (Dependente 02)

R\$ _____

Vitória, ____/____/____

TOTAL

R\$ _____

TABELA DE CARÊNCIA

PROCEDIMENTO	CONTRATUAL		APROVEITAMENTO			
	PESSOA FÍSICA	EMPRESARIAL	A	B	C	D
EMERGÊNCIA E URGÊNCIA / ACIDENTE PESSOAIS	24 HORAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	ISENTO	ISENTO	ISENTO
CONSULTAS, ANÁLISES CLÍNICAS E RX SIMPLES **	30 DIAS **	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	ISENTO	ISENTO	ISENTO
EXAMES OBSTÉTRICOS E RADIOLÓGICOS CONTRASTADOS	120 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	ISENTO	ISENTO	ISENTO
PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE / INTERNAÇÕES CLÍNICAS	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	30 DIAS	ISENTO	ISENTO
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA, ASSIM COMO HOSPITAL / DIA PSIQUIÁTRICO	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	180 DIAS	180 DIAS	ISENTO
ACOMODAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO (QUANDO CONTRATADO)	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	30 DIAS	30 DIAS	ISENTO
TRANSPLANTE DE RIM E Córnea	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	180 DIAS	180 DIAS	ISENTO
TRATAMENTO E INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	30 DIAS	30 DIAS	ISENTO
CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA E CIRURGIA REFRACTIVA OFTALMOLÓGICA	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	180 DIAS	180 DIAS	ISENTO
CIRURGIAS CARDÍACAS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM HEMODINÂMICA	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	120 DIAS	120 DIAS	ISENTO
PROTESES E ORTESES PROVENIENTES DO ATO CIRÚRGICO	180 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	180 DIAS	180 DIAS	ISENTO
PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS E PARTO (QUANDO CONTRATADO)	300 DIAS	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	300 DIAS	300 DIAS	ISENTO
TRATAMENTO DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES COM OPÇÃO DE COBERTURA PERICIAL TEMPORÁRIA (CPT)	24 MESES	CONTRATUAL	JÁ CUMPRIDAS	24 MESES	24 MESES	ISENTO

** A Campanha Promocional da Unimed Vitória isenta o cumprimento de carências para esses procedimentos na carência contratual.

Obs.: ¹ Só poderá ser feito aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior. Salvo para os clientes de portabilidade.

² Para aproveitamento de carência é necessário anexar a documentação que comprove a condição para aproveitamento de carência. Apenas após conferência da Unimed Vitória que o aproveitamento de carência será concedido.

APROVEITAMENTO A
PARA PLANO UNIMED VITÓRIA REGULAMENTADO OU NÃO-REGULAMENTADO EM DIA, CANCELADO COM ATÉ 60 DIAS.
PARA PLANO UNIMED VITÓRIA REGULAMENTADO OU NÃO-REGULAMENTADO INADIMPLENTE, CANCELADO COM ATÉ 60 DIAS, MEDIANTE QUITAÇÃO DAS MENSALIDADES E CO-PARTICIPAÇÃO EM ABERTO (QUANDO HOUVER).
APROVEITAMENTO B
PARA PLANO DE OUTRAS OPERADORAS COM MAIS DE 06 MESES DE PLANO, COM ATÉ 90 DIAS DO ÚLTIMO PAGAMENTO.
PARA PLANO UNIMED VITÓRIA EM CUSTO OPERACIONAL DA UNIMED VITÓRIA.
APROVEITAMENTO C
PARA PLANO DE OUTRAS UNIMED'S COM MAIS DE 06 MESES DE PLANO, COM ATÉ 90 DIAS DO ÚLTIMO PAGAMENTO.
APROVEITAMENTO D
PARA PLANO DE OUTRAS OPERADORAS E PLANOS DE OUTRAS UNIMED'S DENTRO DOS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PELA ANS PARA MOBILIDADE COM PORTABILIDADE.
PARA PLANOS EMPRESARIAIS ACIMA DE 50 BENEFICIÁRIOS.

TABELA DE PLANO CONTRATADO - PESSOA FÍSICA

NOME	ABRANGÊNCIA	SEGMENTAÇÃO	ACOMODAÇÃO	CÓD. ANS
VITÓRIAMED	NACIONAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	410514/99-1
UNIMED PARTICIPATIVO	NACIONAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	QUARTO PRIVATIVO	440747/03-4
UNIMED PARTICIPATIVO	NACIONAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	440748/03-2
UNIMED PARTICIPATIVO	NACIONAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	QUARTO PRIVATIVO	440749/03-1
UNIMED PARTICIPATIVO	NACIONAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	440750/03-4
UNIMED MIX	LOCAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	450469/04-1
UNIMED MIX	LOCAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	QUARTO PRIVATIVO	450470/04-4
UNIMED MIX	LOCAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	450471/04-2
UNIMED MIX	LOCAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	QUARTO PRIVATIVO	450472/04-1
PARTICIPATIVO ESTADUAL	ESTADUAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	457132/08-1
PARTICIPATIVO ESTADUAL	ESTADUAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	457133/08-9
PARTICIPATIVO ESTADUAL	ESTADUAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	QUARTO PRIVATIVO	457134/08-7
PARTICIPATIVO ESTADUAL	ESTADUAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	QUARTO PRIVATIVO	457135/08-5

TABELA DE PARENTESCO	
FA	FILHA
FO	FILHO
E	ESPOSO
ES	ESPOSA
P	PAI
M	MÃE
CP	COMPANHEIRO

LEGENDA DE ACOMODAÇÃO

RD
REDE DIFERENCIADA

IMPORTANTE

A PRESENTE PROPOSTA, DEVIDAMENTE QUITADA, É HÁBIL PARA EFEITO DE UTILIZAÇÃO DO PLANO EM CASO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, ATÉ O RECEBIMENTO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.

TODAS AS INFORMAÇÕES PERTINENTES À UTILIZAÇÃO DO(S) PLANO(S) CONTRATADO(S) ENCONTRAM-SE NO MANUAL DE ORIENTAÇÃO DO CLIENTE E/OU NO CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE, ENTREGUE NO ATO DA COMPRA.

MANIFESTO EXPRESSAMENTE QUE, COM A ACEITAÇÃO DA PRESENTE PROPOSTA DE ADEÇÃO PELA REGRA DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS, ESTARÁ EXTINTO MEU VÍNCULO NO CONTRATO COM A OPERADORA DE ORIGEM, PRESERVANDO-SE OS DEMAIS VÍNCULOS.