



# TERMO DE INCLUSÃO Coletivo por Adesão - Titular

**Unimed**  
Vitória

CAMPO DE PREENCHIMENTO DA OPERADORA  
**080.**

## IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

|                                                                                              |                                       |                                      |                                           |                               |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| OPERADORA<br><b>UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO</b>                            |                                       |                                      |                                           |                               | REGISTRO NA ANS Nº<br><b>357391</b>    |
| ENDEREÇO<br>AV. CEZAR HILAL, 700, 3º ANDAR - BENTO FERREIRA - VITÓRIA - ES - CEP: 29.050-903 |                                       |                                      | INSCRIÇÃO NO CNPJ<br>27.578.434/0001-20   |                               | TELEFONE<br>0800 026 0080              |
| RESPONSÁVEL<br>FERNANDO RONCHI<br>GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL                              | RG<br>261782-SPC/ES<br>1006759-SSP/ES | ESTADO CIVIL<br>CASADO<br>DIVORCIADO | NACIONALIDADE<br>BRASILEIRA<br>BRASILEIRA | PROFISSÃO<br>MÉDICO<br>MÉDICO | CARGO<br>DIRETOR PRESIDENTE<br>DIRETOR |

## DADOS DA CONTRATANTE

|                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| CÓDIGO DO CONTRATO       | NOME DA CONTRATANTE    |
| CÓDIGO DA SUBESTIPULANTE | NOME DA SUBESTIPULANTE |

## DADOS DO PROPONENTE/TITULAR

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)

|                                |                                   |                                        |                                                                                     |          |                            |                                    |                    |    |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|------------------------------------|--------------------|----|
| CPF                            | IDENTIDADE                        |                                        | ÓRGÃO EXPEDIDOR                                                                     |          | UF EMISSOR                 |                                    | NACIONALIDADE      |    |
| Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE |                                   |                                        | BENEFICIÁRIO INTERNADO<br><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"/> VIÚVO                                                      |          | SEXO                       | <input type="checkbox"/> MASCULINO | DATA DE NASCIMENTO |    |
|                                | <input type="checkbox"/> CASADO   | <input type="checkbox"/> DIVORCIADO    |                                                                                     |          |                            | <input type="checkbox"/> FEMININO  | /      /           |    |
| NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)  |                                   |                                        |                                                                                     |          |                            |                                    |                    |    |
| RUA/AVENIDA                    |                                   |                                        |                                                                                     |          |                            | COMPLEMENTO                        |                    | Nº |
| BAIRRO                         |                                   |                                        |                                                                                     |          | CIDADE                     |                                    |                    | UF |
| NATURALIDADE                   |                                   | CEP                                    | DDD                                                                                 | TELEFONE |                            | DDD                                | TELEFONE           |    |
| E-MAIL                         |                                   |                                        |                                                                                     |          |                            |                                    |                    |    |

|                                            |                                                        |                                                                                                     |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED VITÓRIA | MOVIMENTAÇÃO<br><input type="checkbox"/> PORTABILIDADE | CARÊNCIA<br><input type="checkbox"/> CONTRATUAL <input type="checkbox"/> APROVEITAMENTO (A) (B) (C) |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

## DADOS DO PLANO

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| PLANO | Nº DE REGISTRO DO PRODUTO |
|-------|---------------------------|

| OPCIONAIS                           |                                     | PLANO             |                 | TOTAL |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> PBM<br>R\$ | <input type="checkbox"/> SOS<br>R\$ | MENSALIDADE (R\$) | INSCRIÇÃO (R\$) | R\$   |

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

<sup>1</sup> Vigência a partir de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DADOS DA VENDA

|        |                  |                                            |      |
|--------|------------------|--------------------------------------------|------|
| CÓDIGO | NOME DO VENDEDOR | ASSINATURA DO TITULAR (IGUAL AO DOCUMENTO) | DATA |
|--------|------------------|--------------------------------------------|------|

CARÊNCIAS (A PARTIR DA DATA DE INGRESSO DO BENEFICIÁRIO)

O cliente Unimed Vitória que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com a acomodação em padrão superior à prevista no contrato anterior, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação. Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência autorizado por lei, será assegurada a utilização da acomodação antes contratada. Também irá cumprir as carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior, conforme as regras de aproveitamento de carência, que são parte integrante desta proposta de adesão.

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

**IMPORTANTE**

1 - O aproveitamento de carência é uma concessão feita para beneficiários que possuem outros planos de saúde, de acordo com a regra de aproveitamento de carências abaixo, que poderá ou não ser efetuada 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 - 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.

5 - 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.

**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.
- Inclusão de cônjuge/companheiro em até 30 dias após o casamento/união estável.
- Inclusão do recém nascido pelo plano da Unimed Vitória em até 60 dias do nascimento.
- 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 último pagamento 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 com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do último pagamento com preenchimento de declaração de saúde.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em outra Unimed, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

<sup>1</sup> 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.