



TERMO DE TRANSFERÊNCIA

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		TELEFONE 0800 026 0080	
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	

DATA DE INGRESSO E DE INÍCIO DA TRANSFERÊNCIA

DIA **1º** MÊS ANO

DADOS DO PROPONENTE/TITULAR

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)	CPF	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 080.
---------------------------------	-----	---------------------------------------

TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO

EMPRESA DE ORIGEM	CNPJ/CAEPF	CÓD. CONTRATO DE ORIGEM Nº
EMPRESA DE DESTINO	CNPJ/CAEPF	CÓD. CONTRATO DE DESTINO Nº

FAMÍLIA DESTINO (CAMPO DE PREENCHIMENTO PELA OPERADORA)
080.

TRANSFERÊNCIA DE LOTAÇÃO

LOTAÇÃO DE ORIGEM	CNPJ/CAEPF	CÓD. CONTRATO DE ORIGEM Nº	CÓD. LOTAÇÃO DE ORIGEM Nº
LOTAÇÃO DE DESTINO	CNPJ/CAEPF	CÓD. CONTRATO DE DESTINO Nº	CÓD. LOTAÇÃO DE DESTINO Nº

FAMÍLIA DESTINO (CAMPO DE PREENCHIMENTO PELA OPERADORA)
080.

TRANSFERÊNCIA DE ACOMODAÇÃO

DE ENFERMARIA PARA APARTAMENTO DE APARTAMENTO PARA ENFERMARIA

PLANOS

PLANO DE ORIGEM	NOME COMERCIAL:	Nº DE REGISTRO:	PLANO DE DESTINO	NOME COMERCIAL:	Nº DE REGISTRO:

DECLARAÇÃO

Eu, cliente titular/responsável do contrato, autorizo a Unimed Vitória a proceder à transferência acima assinalada, e declaro estar ciente e concordar que todos os meus dependentes serão transferidos para o mesmo contrato/lotação/produto a que eu estiver vinculado, tendo início na vigência descrita neste termo, observando-se, conforme o caso, as regras e requisitos da RN 438 (portabilidade de carências) ou da Súmula 21 (aproveitamento de carências), ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, em caso de transferência para um novo plano, com cobertura maior e/ou acomodação superior a do plano atual e ainda vigente, será exigido o cumprimento de carência contratual para utilização dos serviços referentes a nova cobertura e/ou nova acomodação.

Declaro que fui informado e concordei que após a transferência serão mantidos os opcionais conforme a disponibilidade do contrato/ Lotação/ produto de destino. Declaro que é de meu conhecimento e concordo que os cancelamentos serão processados de acordo com calendário de movimentação. Declaro que tenho ciência que na transferência para contrato e/ou lotação de/para CNPJ's diferentes, será necessário o envio do comprovante de vínculo do titular com a contratante do plano de destino.

Declaro, por fim, que estou ciente e de acordo que os dados pessoais voluntariamente informados neste documento sejam 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") e com o propósito de prestar os serviços contratados de forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletadas como confidenciais e apenas utilizando para os fins descritos em sua Política de Privacidade, que está disponível no site da Unimed Vitória (www.unimed.coop.br/web/vitoria/politica-de-privacidade).

DADOS DA VENDA

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

ASSINATURA

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