

TERMOS DE MOVIMENTAÇÃO

Conheça os principais pontos que você precisa ficar atento na hora de preencher as documentações.

Unimed 
Vitória



TERMO DE INCLUSÃO

Coletivo Empresarial
Titular



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	TELEFONE 0800 026 0080	
RESPONSÁVEL FERNANDO RONCHI	RG 261782-SPC/ES	ESTADO CIVIL CASADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO	CARGO DIRETOR PRESIDENTE
GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL	1006759-SSP/ES	CASADO	BRASILEIRA	MÉDICO	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	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"/> VIÚVO	SEXO	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE
NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)					
RUA/AVENIDA			COMPLEMENTO	Nº	
BAIRRO		CIDADE	UF	CEP	
COMPLEMENTO					
DDD	TELEFONE	DDD	CELULAR	E-MAIL	
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED VITÓRIA		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	

Nº do contrato junto a operadora. Ex: 1274

Apenas se o contrato for por lotação. Colocar o nº da lotação junto a operadora. Ex: 2222

Será preenchido caso o beneficiário tenha plano ativo ou cancelado em até 60 dias.

Apenas para casos de portabilidade

Razão social da contratante. Se o contrato for direto é o nome da empresa. Se o contrato for por sindicato, administradora, etc. O nome inserido deve ser o deles. Ex: Unimed Vitória

Apenas se o contrato for por lotação. Colocar a razão social da empresa.

Preencher **todos** os campos com os dados do beneficiário.

Marcar a carência de acordo com o que o beneficiários vai ingressar.

Marcar qual o plano contratado pela empresa.
 Obs.: Se atentar ao nº de registro do produto contratado (código fica disponível no contrato).

PLANO CONTRATADO (MARQUE COM UM "X" O TIPO DE CONTRATAÇÃO)

Ambulatorial

PERSONAL AMBULATORIAL [476.193/16-6] PERSONAL AMBULATORIAL COPARTICIPATIVO [481.293/18-0]

OUTRO PLANO:

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Municipal / Grupo de Municípios

PERFIL REGIONAL SOS		PERFIL REGIONAL INTEGRAL SOS		PERFIL REG. PIRAQUEAÇU COPARTICIPATIVO SOS	
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [485.100/20-5]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [485.101/20-3]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [489.345/21-0]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [489.344/21-1]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [489.535/21-5]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [489.534/21-7]
PERFIL REG. PIRAQUEAÇU INTEGRAL SOS		PERSONAL SMART EMPRESARIAL		PERSONAL SMART INTEGRAL	
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [489.533/21-9]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [489.536/21-3]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [483.442/19-9]		<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [484.671/19-1]	

Estadual

ESTADUAL INTEGRAL SOS		PARTICIPATIVO ESTADUAL SOS	
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [489.866/21-4]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [489.865/21-6]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [476.707/16-1]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [475.371/16-2]

Nacional

PREMIUM NACIONAL SOS		VITORIAMED SOS	
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [476.636/16-9]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [476.637/16-7]	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [476.639/16-3]	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO [476.638/16-5]

OUTRO PLANO: OPCIONAL SOS RS

DATA DE INGRESSO E DE INÍCIO DE VIGÊNCIA NO PLANO DIA MES ANO

Data de início no plano.

Somente se houver previsão contratual.

TERMO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE



TERMO DE INCLUSÃO

Coletivo Empresarial
Dependente



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	TELEFONE 0800 026 0080	
RESPONSÁVEL FERNANDO RONCHI	RG 261782-SPC/ES	ESTADO CIVIL CASADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO	CARGO DIRETOR PRESIDENTE
GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL	1006759-SSP/ES	CASADO	BRASILEIRA	MÉDICO	DIRETOR

Inserir dados do titular do plano.

Código do produto contratado. O nº fica disponível na cópia do contrato.

DADOS DO PROPONENTE/TITULAR

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

Inserir **todos** os dados do dependente que está entrando no plano.

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"/> VIÚVO	SEXO	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	
	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO				
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 (A) (B) (C)		
OPCIONAL <input type="checkbox"/> SOS R\$		Somente se houver previsão contratual.			

Nº do cartão do SUS

Marcar a carência de acordo com o que o beneficiários vai ingressar.

Será preenchido caso o beneficiário tenha plano ativo ou cancelado em até 60 dias.

CONCEITOS DE CARÊNCIA

CONCEITOS

CARÊNCIA

CONTRATUAL APROVEITAMENTO A B C

CARÊNCIAS (CONFORME PLANO CONTRATADO PELO TITULAR)

TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	PORTE 1 EMPREENDEDOR INDIVIDUAL	PORTE 2 CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
			A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal (Limitado a 12h de atendimento ambulatorial)	24 Horas	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames simples (análises clínicas, RX simples)	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias

LEGENDA: EMPREENDEDOR INDIVIDUAL (RN 432), PORTE 1 (03 a 29 vidas), PORTE 2 (30 a 99 vidas) e CORPORATIVO (a partir de 100 vidas).

TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	PORTE 1 EMPREENDEDOR INDIVIDUAL	PORTE 2 CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
			A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal	24 horas	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Simples (análises clínicas, RX simples)	30 dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 dias	Isento	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Internação clínica e cirúrgica	180 dias	Isento	Já cumpridas	180 dias	180 dias
Padrão individual de acomodação em internação (apartamento)	180 dias	Isento	Já cumpridas	30 dias	30 dias
Partos a termo	300 dias	Isento	Já cumpridas	300 dias	300 dias

LEGENDA: EMPREENDEDOR INDIVIDUAL (RN 432), PORTE 1 (03 a 29 vidas), PORTE 2 (30 a 99 vidas) e CORPORATIVO (a partir de 100 vidas).

CONCEITOS

CARÊNCIA

CONTRATUAL APROVEITAMENTO A B C

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

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.
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.

TERMO DECLARAÇÃO DE SAÚDE



Declaração de Saúde

Inserir o nome do plano. Ex: Personal

Razão social da empresa



De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

PREENCHER SEM RASURAS, DE FORMA LEGÍVEL E DE PRÓPRIO PUNHO, PELO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL

INDIVIDUAL OU FAMILIAR: COLETIVO EMPRESARIAL / COLETIVO ADESÃO:	NOME DO PLANO:	CONTRATANTE:	CÓDIGO DO CONTRATO:
--	----------------	--------------	---------------------

Nº do contrato junto a operadora. Ex: 12742222

Realizar o calculo do IMC conforme orientação abaixo.

Dados do titular.

Inserir os dados apenas se estiver realizando inclusão de dependente.

NOME COMPLETO DO PROPONENTE TITULAR (T)				
CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D1)				
CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D2)				
CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D3)				
CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D4)				
CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC

(O Índice de Massa Corporal - IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) / altura² (metros). Ex.: 80 / (1,71x1,71) = 27,35) Informamos que os valores de peso e altura declarados, neste documento, servirão de cálculo para o IMC. Caso índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da CPT do CID E66 - Obesidade.

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.													
1) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA INFECCIOSA OU PARASITÁRIA COMO:													
a)	Tuberculose? CID A16	T	D1	D2	D3	D4	d)	Meningite? CID A87	T	D1	D2	D3	D4
b)	Hepatite? CID B19	T	D1	D2	D3	D4	e)	Hanseníase? CID A30	T	D1	D2	D3	D4
c)	AIDS ou portador de vírus HIV? CID B20	T	D1	D2	D3	D4	f)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
2) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS MALIGNAS (CÂNCER)?													
a)	Leucemia? CID C95.9	T	D1	D2	D3	D4	g)	Aparelho digestivo (estômago, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
b)	Linfoma? CID C85	T	D1	D2	D3	D4	h)	Aparelho respiratório (pulmão, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
c)	Mama? CID C50	T	D1	D2	D3	D4	i)	Somente para homens (próstata, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
d)	Outras localizações?*	T	D1	D2	D3	D4	j)	Somente para mulheres (útero, ovário, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
e)	Pele? CID 44.9	T	D1	D2	D3	D4	k)	Trato urinário (rins, bexigas, outras)?*	T	D1	D2	D3	D4
f)	Tireoide? CID C73	T	D1	D2	D3	D4							
3) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS BENIGNAS?													
a)	Útero (mioma)? (Mulher) CID D25	T	D1	D2	D3	D4	c)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
b)	Pele (nevus)? CID D23	T	D1	D2	D3	D4							
4) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SANGUE (ANEMIA, PÚRPURA, OUTROS)? ESPECIFIQUE.													
		T	D1	D2	D3	D4							

Marcar a coluna de acordo com o beneficiário que estiver entrando. Se for titular e dependente pode ser encaminhado apenas um termo e marcar as colunas corretamente. Ex: Titular deve ser marcado na coluna **T**, se for dependente deve ser marcado a coluna **D1** e se tiver mais de um dependente deve ir marcando a coluna **D2** e assim sucessivamente.

Se trata da pergunta que marcou a resposta afirmativa. Ex: 1

Se trata da doença em que marcou a resposta afirmativa. Ex: a

Informar se é titular ou dependente e colocar a sigla correspondente. Ex: T ou D1

Se o beneficiário preencher o termo sem a presença de um médico deve marcar dispense.

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos anteriores, onde se perguntou sobre a existência de doença, informe abaixo o período da doença, indicando o item, subitem, proponente e especificação.

ITEM	SUBITEM	PROPONENTE	ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO DA DOENÇA

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

Declaro que fui orientado(a) por médico da Unimed Vitória Dr^(a) _____ CRM: _____
 Dispense a presença do médico orientador.

Colocar o tempo em que começou a doença.

Especificar a parte do corpo, o lado, o grau, etc.
Ex: Catarata - Olho direito

CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Considerando o preenchimento da Declaração de Saúde, para os itens que foram sinalizados como "SIM" nas tabelas acima, o proponente terá aplicação de CPT – Cobertura Parcial Temporária. A CPT restringe a cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade (PAC) pelo período de 24 meses para a doença ou o CID (Código Internacional de Doenças) indicados na tabela abaixo.

Se trata da pergunta que marcou a resposta afirmativa.
Ex: 1

Se trata da doença em que marcou a resposta afirmativa.
Ex: a

Se trata da doença que marcou
Ex: Catarata

ANÁLISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE					
ITEM	SUBITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	CID	PROPONENTE
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO					DATA

Informar se é titular ou dependente e colocar a sigla correspondente.
Ex: T ou D1

Não preencher. O médico que analisa o termo que preenche.

Inserir apenas se a doença que marcou tiver a informação. Ex: C73

TERMO DE TRANSFERÊNCIA

Incluir do dados do titular.

Marcar apenas se estiver fazendo transferência de contrato.

Informar o nome da empresa que o beneficiário está.

Informar o nome da empresa que o beneficiário vai se iniciar.

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.

Se trata da data que vai iniciar o novo plano.

Se trata do nº do contrato em que encontra-se.

Se trata do nº do contrato em que vai se iniciar.

Marcar apenas estiver fazendo transferência de lotação.

Informar o nome da empresa que o beneficiário está.

Informar o nome da empresa que o beneficiário está.

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.			

Se trata do nº da lotação em que encontra-se.

Se trata do nº da lotação em que vai se iniciar.

Parte 02

Marcar apenas estiver fazendo transferência de lotação.

Informar qual a acomodação está se iniciando

<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE ACOMODAÇÃO			
<input type="checkbox"/> DE ENFERMARIA PARA APARTAMENTO		<input type="checkbox"/> DE APARTAMENTO PARA ENFERMARIA	
PLANOS			
PLANO DE ORIGEM	NOME COMERCIAL:	PLANO DE DESTINO	NOME COMERCIAL:
	Nº DE REGISTRO:		Nº DE REGISTRO:

Informar o nome do plano que está.

Informar o nº do registro do plano que está.

Informar o nome do plano que vai iniciar.

Informar o nº do registro do plano que vai iniciar.

TERMO DE EXCLUSÃO TITULAR

Razão social da empresa

Inserir os dados do titular que está sendo excluído

DADOS DO CONTRATANTE/TITULAR

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATANTE

NOME DO TITULAR

CPF DO TITULAR

NÚMERO DO CARTÃO
080.

TELEFONE DO TITULAR
()

E-MAIL DO TITULAR

MOTIVO DE EXCLUSÃO² (MARQUE UM "X" NO MOTIVO DE EXCLUSÃO CORRESPONDENTE)

- A – INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR³ (RN 561) D – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA G – APOSENTADORIA J – FRAUDE
 B – PEDIDO DE DEMISSÃO E – RESCISÃO POR ACORDO H – ÓBITO
 C – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO COM JUSTA CAUSA F – TÉRMINO DE CONTRATO I – INADIMPLEMENTO

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS (PARA EXCLUSÃO PELOS MOTIVOS D ou G):

DATA DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO: / /	O EX-EMPREGADO CONTRIBUÍ ⁴ COM O PLANO DE SAÚDE? SIM ⁵ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	PERMANECEU NA MESMA EMPRESA APÓS APOSENTADORIA, CONTRIBUINDO COM O PLANO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA UNIMED VITÓRIA: () MESES	TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA OUTRA OPERADORA: () MESES	INFORME A OPERADORA:

PERMANÊNCIA NO PLANO DE INATIVOS:⁶

- OPTOU EM MANTER O PLANO⁷ RECUSOU MANTER O PLANO⁸

Marcar o motivo de cancelamento do beneficiário.

Inserir as informações quando o motivo da exclusão for pelo motivo D ou G.

Assinatura do gestor da empresa ou responsável pelo RH e a empresa deve carimbar. Se a exclusão for pelo motivo A, o titular deve assinar o termo.

ASSINATURA	
ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA / ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (SE EXCLUSÃO PELO MOTIVO A)	DATA DA SOLICITAÇÃO / /
RECEBIDO POR	DATA DO RECEBIMENTO / /

TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO NO PLANO

Inserir os dados do titular que irá continuar no benefício demitido/aposentado.

DADOS DO TITULAR QUE PERMANECERÁ NO PLANO

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES)

CPF	IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
CÓDIGO DO CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO 080.	NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO		DATA DE APOSENTADORIA/DEMISSÃO / /	
SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> DEMITIDO/EXONERADO SEM JUSTA CAUSA		TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA UNIMED VITÓRIA: () MESES	TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA OUTRA OPERADORA: () MESES	
INFORME A OPERADORA			O EX EMPREGADO CONTRIBUÍA COM O PLANO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Inserir os dados dos dependentes caso o titular tenha.

BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES QUE PERMANECERÃO NO PLANO (SE TIVER)

DEPENDENTE 1 (NOME COMPLETO)

DEPENDENTE 3 (NOME COMPLETO)

DEPENDENTE 2 (NOME COMPLETO)

DEPENDENTE 4 (NOME COMPLETO)

Inserir o endereço do titular para envio de correspondências.

ENDEREÇO DO TITULAR PARA ENVIO DA COBRANÇA DA MENSALIDADE (CONFORME COMPROVANTE ANEXO)

RUA/AVENIDA			Nº
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
COMPLEMENTO		DDD	TELEFONE

USO EXCLUSIVO DA UNIMED VITÓRIA

DATA DE INÍCIO DO BENEFÍCIO / /	DATA DE TÉRMINO DO BENEFÍCIO / /	DIA DO VENCIMENTO DA MENSALIDADE
------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

ASSINATURA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR E/OU ASSINATURA DA EMPRESA (CARIMBO, NOME E ASSINATURA)	DATA / /
--	-------------

Assinatura do titular e da empresa

TERMO DE EXCLUSÃO DEPENDENTE

Marcar quem está excluído o dependente.

Inserir o nome do titular, telefone e e-mail.

Inserir o nome do dependente que está sendo excluído.

Inserir o nome completo e número do cartão de quem está excluindo o dependente (titular/dependente).

Marcar a opção plano de saúde.

Marcar o motivo do cancelamento.

Eu, _____
[] beneficiário titular [] beneficiário dependente (maior de idade) do contrato código 080. _____
solicito e autorizo a Unimed Vitória a proceder com a exclusão do(s) beneficiário(s) abaixo identificado(s) e o cancelamento dos opcionais abaixo relacionados, e tenho ciência que a exclusão solicitada pelo beneficiário titular será realizada nos termos da **RN n.º 561***.

DADOS DO BENEFICIÁRIO			
NOME DO TITULAR		TELEFONE (OBRIGATÓRIO) ()	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
E-MAIL DO TITULAR (OBRIGATÓRIO)			
NOME DO DEPENDENTE 01		<input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
NOME DO DEPENDENTE 02		<input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
NOME DO DEPENDENTE 03		<input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> PBM <input type="checkbox"/> SOS
CAMPO DESTINADO AOS CLIENTES QUE RECEBEM BOLETOS INDIVIDUAIS	BANCO	AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA
MOTIVO			
<input type="checkbox"/> 1. ÓBITO DO DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 2. INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN N.º 561)*	<input type="checkbox"/> 3. INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 4. INICIATIVA DA CONTRATANTE/ADMINISTRADORA
			<input type="checkbox"/> Perda da qualidade de dependência <input type="checkbox"/> Perda da condição de beneficiário do titular <input type="checkbox"/> Inadimplemento <input type="checkbox"/> Fraude

OBRIGADO :)

Unimed 
Vitória