

FC/OC N.º

**1. DADOS - TITULAR**

Data de solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME:

CPF:

Marque com um "X" o plano de origem (Seu plano atual) e plano destino (Plano Unafisco Saúde desejado)

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
<input type="checkbox"/>	Platinum	<input type="checkbox"/>	Platinum
<input type="checkbox"/>	Premium	<input type="checkbox"/>	*****
<input type="checkbox"/>	Premium II	<input type="checkbox"/>	Premium II
<input type="checkbox"/>	Soft	<input type="checkbox"/>	Soft
<input type="checkbox"/>	Soft Participativo	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo
<input type="checkbox"/>	Unique	<input type="checkbox"/>	Unique

**2. DADOS – GRUPO FAMILIAR (DEPEND./AGREGADOS) \*Grau de parentesco (Ex: Pai, mãe, filho(a), irmão etc)**

Marque com um "X" o plano de origem (Seu plano atual) e plano destino (Plano Unafisco Saúde desejado)

**DEPENDENTE 1**

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
<input type="checkbox"/>	Platinum	<input type="checkbox"/>	Platinum
<input type="checkbox"/>	Premium	<input type="checkbox"/>	*****
<input type="checkbox"/>	Premium II	<input type="checkbox"/>	Premium II
<input type="checkbox"/>	Soft	<input type="checkbox"/>	Soft
<input type="checkbox"/>	Soft Participativo	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo
<input type="checkbox"/>	Unique	<input type="checkbox"/>	Unique

**DEPENDENTE 2**

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
<input type="checkbox"/>	Platinum	<input type="checkbox"/>	Platinum
<input type="checkbox"/>	Premium	<input type="checkbox"/>	*****
<input type="checkbox"/>	Premium II	<input type="checkbox"/>	Premium II
<input type="checkbox"/>	Soft	<input type="checkbox"/>	Soft
<input type="checkbox"/>	Soft Participativo	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo
<input type="checkbox"/>	Unique	<input type="checkbox"/>	Unique

FC/OC N.º

**DEPENDENTE 3**

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

**DEPENDENTE 4**

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

**DEPENDENTE 5**

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

### 3. DECLARAÇÃO PESSOAL, AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA MENSALIDADE E DIFERENCIAÇÃO DOS PLANOS – REDE CREDENCIADA E COBERTURA

Ao assinar este TERMO DE ANUÊNCIA - MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano), DECLARO expressamente:

**3.1** Haver lido, compreendido, e aceito, sem restrições, o Regulamento do Plano Unafisco Saúde Premium, Premium II, Soft II, Soft Participativo, Unique ou Platinum (conforme o caso e disponíveis no site <https://unafiscosaude.org.br/site/portal-do-beneficiario/>).

**3.2** Que a MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO estará condicionada a observância das condições de admissão previstas em cada regulamento.

**3.3** Que a confirmação da MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO se dará quando ocorrer a devolução deste termo contendo a assinatura do representante do Unafisco Saúde juntamente com os cartões de atendimento ou autorização provisória de atendimento.

**3.4** Ser responsável pela atualização e veracidade dos dados cadastrais do(s) beneficiário(s) acima nominado(s), comprometendo-me a fornecer, quando solicitado, os documentos necessários, inclusive o número do CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) dos beneficiários com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos de idade, considerando o disposto na Resolução Normativa 295/2012, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**3.5** Quando da MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO do associado titular, dependentes e agregados familiares para um plano com maior cobertura assistencial será considerado o tempo de vigência do plano anterior, cabendo aos beneficiários cumprirem as carências estipuladas pelo SINDIFISCO NACIONAL quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde/coberturas adicionais não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, estando o beneficiário ciente.

**3.6** Será admitida a MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano) do titular, seus dependentes e agregados familiares para outro plano desde que efetuada após o decurso de 12 (doze) meses de adesão no plano de origem.

**3.7** O associado titular não poderá participar de plano com cobertura assistencial inferior ao de seus dependentes e agregados familiares.

**3.8** AUTORIZO o desconto dos valores em folha de pagamento e/ou conta corrente bancária de minha titularidade, cujos dados especifiquei neste Termo, responsabilizando-me pelo pagamento das minhas contribuições, correspondentes as mensalidades de meus dependentes e agregados, das coparticipações e ainda, por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente.

#### FORMA DE COBRANÇA:

<input type="checkbox"/>	Desconto em folha	<input type="checkbox"/>	Débito em conta Disponível apenas para Banco do Brasil	<input type="checkbox"/>	Boleto bancário
--------------------------	-------------------	--------------------------	---	--------------------------	-----------------

#### DADOS BANCÁRIOS:

Nome Banco:	<input type="text"/>	Nº. Banco	<input type="text"/>	Agência nº.: (Com DV)	<input type="text"/>	Conta corrente nº (Com DV)	<input type="text"/>
----------------	----------------------	--------------	----------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

Os dados bancários serão utilizados para lançamentos diversos como restituições e reembolsos, sendo obrigatório o preenchimento, mesmo que a forma de pagamento escolhida seja via débito em folha ou boleto bancário.

**3.9** Tenho ciência de que o plano Premium (Registro ANS nº 437257023) encontra-se ativo com comercialização suspensa, não sendo permitida a MOVIMENTAÇÃO INTERNA, ou seja, retorno para o referido plano após troca.

3.9.1 Tenho ciência de que planos com comercialização suspensa não permitem retorno (nova admissão). Portanto, caso o plano ao qual solicito a saída esteja ou venha a ficar com comercialização suspensa, não poderei solicitar o reingresso.

**3.10 Na troca ou exclusão do plano Premium (Suspensão de comercialização) ou Premium II, DECLARO estar ciente de que cessará a cobertura para serviços exclusivos, tais como exemplos:**

- a) Assistência ou internação em regime domiciliar (home care);
- b) Vacinas;
- c) Reembolso (livre escolha);
- d) Rede diferenciada, especialmente hospitalar (Alguns exemplos de hospitais exclusivos para atendimento aos beneficiários do plano Premium: Clínica São Vicente da Gávea - RJ, Hospital Sírio Libanês;
- e) Procedimentos Extra Rol (\*Listagem pré-definida de procedimentos adicionais exclusivos para beneficiários Premium);
- f) Odontologia com vários procedimentos extra Rol da ANS (Exemplos: Ortodontia, Prótese Dentária);
- g) Transporte aero médico (\*Possível quando o Hospital de origem não oferecer suporte adequado para manutenção da assistência, remoção para a localidade mais próxima. Mediante justificativa por meio de relatório médico e autorização prévia do Unafisco Saúde);
- h) Transplantes não obrigatórios (Ex. Fígado, coração e pâncreas, seguindo critérios de regulação).

**3.11** Ciente de que os planos SOFT, SOFT Participativo e Unique estão limitados à cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado e atualizado periodicamente pela ANS, para plano com segmentação de cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetria.

**3.12** Que somente beneficiários do plano Premium, Premium II e Platinum\*\* contam com alguns \*procedimentos/coberturas adicionais além daquelas previstas pelo no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (\*Pré-estabelecidos e amplamente divulgados pelo Unafisco Saúde).

\*\* Cobertura extra rol exclusivamente para procedimentos odontológicos. Consulte o RHOUS – Platinum.

**3.13** Que, RENUNCIO, integralmente, a todas as coberturas assistenciais e serviços diferenciados e exclusivos oferecidos no plano Premium ou Premium II, a partir da efetiva alteração de plano conforme opção escolhida, considerando o pagamento de mensalidades de valores menores.

**3.14** Que a administração do Unafisco Saúde poderá solicitar documentação complementar para compor o processo de MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano).

**3.15** Que integram o presente TERMO os regulamentos dos planos Unafisco Saúde disponíveis no site eletrônico [www.unafiscosaude.org.br](http://www.unafiscosaude.org.br) ou em via impressa na sede do SINDIFISCO NACIONAL e das Delegacias Sindicais.

**3.16** Na migração do Premium “1” para o Premium II não haverá perda de qualquer benefício vigente, ficando dispensada de cumprimento de carências.

#### 4. SEGREGAÇÃO DE MENSALIDADE

O beneficiário titular poderá solicitar a segregação das mensalidades mediante a assinatura de “Termo de responsabilidade – Segregação de mensalidade Dependente/Agregado”. Não será acolhida solicitação de segregação de mensalidade de agregado menor impúbere, ou seja, aquele que, em razão da idade, não alcançou a capacidade civil plena para o exercício de seus direitos. A segregação de mensalidade estará condicionada à participação do beneficiário titular e seu responsável em plano do Unafisco Saúde.

## 5. ANEXO DE CARÊNCIAS

Integra o presente termo o **ANEXO DE CARÊNCIAS**, correspondente aos serviços/procedimentos para os quais os beneficiários devidamente identificados neste documento passarão a ter acesso a cobertura tão logo findo o prazo estabelecido.

5.1 Para que as carências já cumpridas em outros planos possam ser aceitas não será admitido interregno entre a data de saída do plano de origem e a data de inscrição no novo Plano.

## 6. DATA MIGRAÇÃO (Indicar a partir de qual mês/ano)

DIA (ÚTIL):

1º

MÊS

ANO:

6.1 A MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano) será efetuada a partir do **1º (primeiro)** dia útil do mês seguinte ao do pedido formulado.

6.2 A garantia ao pedido de MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano) estará condicionado ao recebimento da documentação **completa** e formulário preenchido e assinado, devidamente protocolado na sede do Unafisco Saúde e Delegacias Sindicais até o dia **19 (dezenove)** do mês anterior

## 7. ASSINATURA DO TITULAR NO PLANO

(Data); \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

PARA USO DAS DELEGACIAS SINDICAIS:

RECEBIDO:

(Data); \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

PARA USO DO SINDIFISCO NACIONAL:

RECEBIDO:

(Data); \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

## 8. PARA USO EXCLUSIVO DO UNAFISCO SAÚDE

Situação funcional titular (Marque com um "X")

 Sindicalizado Ativo

 Sindicalizado Aposentado

 Pensionista

 Substituto dependente

 Substituto agregado

TERMO REGISTRADO INTERNAMENTE:

(Data); \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

CADASTRADO NO SISTEMA:

(Data); \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

TERMO ANALISADO:

(Data); \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

CADASTRAMENTO REVISADO/:

(Data); \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

## 8.1 DATA EFETIVA MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO

(Data): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (Assinatura sob carimbo): .....

## ANEXO DE CARÊNCIAS

## CARÊNCIAS

TIPO	CUMPRIDAS   A CUMPRIR   SEM COBERTURA PLANO CONTRATADO	PRAZO (EM DIAS): CONTADAS A PARTIR DA DATA INÍCIO NO NOVO PLANO
<b>Consultas</b>	CUMPRIDAS	0
<b>Home Care (Assistência Domiciliar)</b>	A CUMPRIR	180
<b>Hospitais exclusivos</b> Hospital Copa Dor e Clínica São Vicente da Gávea - RJ, Hospital Sirio Libanês e Hospital do Coração (Hcor) – SP	A CUMPRIR	180
<b>Internações cirúrgicas/eletivas</b>	CUMPRIDAS	0
<b>Odontologia – Procedimentos simples/preventivos</b> (Exs:)	A CUMPRIR	90
<b>Odontologia (Extra Rol) – Procedimentos complexos</b> (Exs: Próteses dentárias, enxerto ósseo, Ortodontia, Implantodontia)	A CUMPRIR	180
<b>Parto</b>	CUMPRIDAS	0
<b>Procedimentos adicionais ao extra rol obrigatório</b> *Consultar listagem por meio do site <a href="http://www.unafiscosaude.org.br">www.unafiscosaude.org.br</a>	CUMPRIDAS	0
<b>Procedimentos complexos</b> (Exs: ressonâncias, cintilografias, tomografias, quimioterapias, radioterapias etc.)	CUMPRIDAS	0
<b>Procedimentos simples</b> (Exs: exames simples, terapias simples, fisioterapias e tratamentos ambulatoriais, serviços de menor complexidade técnica, baixo custo e preventivos, raio X, exames laboratoriais, mamografia etc.)	CUMPRIDAS	0
<b>Transporte aéreo médico</b> *Possível quando o hospital de origem não oferecer suporte adequado para manutenção da assistência, remoção para a localidade mais próxima. Mediante justificativa por meio de relatório médico e autorização prévia do Unafisco Saúde.	A CUMPRIR	180
<b>Urgência e Emergência</b>	CUMPRIDAS	0
<b>Urgência e emergência odontológica</b>	CUMPRIDAS	0
<b>Vacinas (Imunizações preventivas)</b>	A CUMPRIR	180