

Início da vigência do benefício:

\_\_ 01 \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Entidade:

\_\_\_\_\_

### DADOS DO TITULAR

Nome completo

\_\_\_\_\_

CPF

Telefone

E-mail

\_\_\_\_\_

### TRANSFERÊNCIA DE PLANO OU DE ACOMODAÇÃO

#### PRODUTO:

##### 1087 - PERFIL REGIONAL

ENFERMARIA  
ANS: 485.099/20-8

APARTAMENTO  
ANS: 485.097/20-1

**Abrangência:** Grupo de Municípios

**Segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com Obstetrícia

**Tipo de Contratação:** Coletivo por Adesão

**Coparticipativo:** Sim

**Forma de preço:** Pré-estabelecido

**Data base de reajuste:** Agosto

##### 5339 - PARTICIPATIVO ESTADUAL

ENFERMARIA  
ANS: 458.015/08-0

APARTAMENTO  
ANS: 458.021/08-4

**Abrangência:** Estadual

**Segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com Obstetrícia

**Tipo de Contratação:** Coletivo por Adesão

**Coparticipativo:** Sim

**Forma de preço:** Pré-estabelecido

**Data base de reajuste:** Agosto

##### 5341 - PREMIUM NACIONAL

ENFERMARIA  
ANS: 466.263/12-6

APARTAMENTO  
ANS: 466.267/12-9

**Abrangência:** Nacional

**Segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com Obstetrícia

**Tipo de Contratação:** Coletivo por Adesão

**Coparticipativo:** Sim

**Forma de preço:** Pré-estabelecido

**Data base de reajuste:** Agosto

##### 5338 - VITORIAMED

ENFERMARIA  
ANS: 462.347/10-9

APARTAMENTO  
ANS: 462.578/10-1

**Abrangência:** Nacional

**Segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com Obstetrícia

**Tipo de Contratação:** Coletivo por Adesão

**Coparticipativo:** Não

**Forma de preço:** Pré-estabelecido

**Data base de reajuste:** Agosto

#### • OBSERVAÇÕES

1. Titular e dependentes estarão sempre no mesmo plano e acomodação.
2. Haverá cumprimento de prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência quando o padrão de acomodação escolhido for superior ao inicialmente contratado.
3. Alterações cadastrais entregues até dia 10 do mês serão efetivadas a partir do dia 01 do mês subsequente.
4. MECANISMO DE REGULAÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO: Será de responsabilidade do usuário o pagamento da participação em valor monetário sobre os serviços e procedimentos efetivamente utilizados pelo cliente titular e seus dependentes a seguir discriminados: consultas e procedimentos em consultório, pronto-socorro, pronto atendimento, cobertura de serviços de apoio diagnósticos, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Data:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Assinatura do Titular:

Consultor:

Corretora: