







**FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE  
FILIAIS E SOLIDÁRIAS - CONTRATOS  
ADITIVADOS**

FOR.REA.0006/01  
Implantação: 04/2023  
1ª Revisão: 05/2024  
Classificação: RESTRITO

transferência do plano, tendo ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

**10. VIGÊNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO**

A data de assinatura do presente documento não interfere no início da vigência da contratualização a qual ocorrerá a partir da data definida de acordo com calendário da movimentação.


**11. ASSINATURA ELETRÔNICA**

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO CONTRATANTE ATUAL**  
RAZÃO SOCIAL:  
CNPJ:

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO NOVO CONTRATANTE**  
RAZÃO SOCIAL:  
CNPJ:

	<b>FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE FILIAIS E SOLIDÁRIAS - CONTRATOS ADITIVADOS</b>	FOR.REA.0006/01 Implantação: 04/2023 1ª Revisão: 05/2024 Classificação: RESTRITO
---	--	---

ANEXO I

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Chapecó Coop. De Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	85.283.299/0001-91	354295

2. DADOS DO NOVO PLANO E VIGÊNCIA

ABRANGENCIA	
<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional/Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Municipal	
ACOMODAÇÃO	Nº DO REGISTRO DO PLANO:
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	
RAZAO SOCIAL:	CNPJ:

3. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (Titular e Dependentes)

Código do Cartão	Nome completo do Beneficiário

4. DECLARAÇÕES

<ul style="list-style-type: none"><li>Na condição de titular, declaro que tenho conhecimento que estou sendo transferido para um plano: <input type="checkbox"/> com acomodação inferior ao plano atual; e/ou <input type="checkbox"/> com abrangência inferior ao plano atual.</li></ul> <p>Desta forma, tenho plena ciência que a partir da vigência da minha transferência deixo de usufruir da abrangência e/ou acomodação do plano anterior.</p>
---

**\*O PRESENTE ANEXO DEVE SER ASSINADO PARA CADA UM DOS TITULARES QUE ESTÁ SENDO TRANSFERIDO PARA UMA ACOMODAÇÃO E/OU ABRANGÊNCIA INFERIOR.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR