**Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titular do plano de saúde UNIMED, carteira Unimed número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito a transferência do meu plano de saúde:**

( ) Menor Cobertura **de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ciente de que esta transferência só ocorrerá se não tiver realizado nenhuma internação hospitalar nos últimos 12 (doze) meses e desde que não esteja cumprindo nenhum tipo de carência.

( ) Maior Cobertura **de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** com carência de 6 (seis) meses para utilização da nova rede e/ou acomodação superiores e carência de 10(dez) meses para parto.

**Declaro ainda estar ciente que, tal movimentação somente‎ terá vigência a partir do mês subsequente‎, ‎desde que este documento seja protocolada até a data limite estabelecida em calendário mensal da operadora‎. Se protocolado após aquela data limite ‎terá vigência a partir do segundo mês subsequente‎.‎**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_**

Local e Data

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular:

CPF:

RG:

Tel:

**O formulário devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário titular e seu(s) anexo(s) deverão ser encaminhados ao nosso Setor de Atendimento pelo e-mail:** [atendimento@unniadm.com.br](mailto:atendimento@unniadm.com.br)**. Após o envio solicitamos entrar em contato para confirmar o protocolo e legibilidade dos documentos encaminhados**.