

**Solicitação de portabilidade de carências para beneficiários de planos
privados de assistência a saúde**

À
CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ

Eu _____,
inscrito (a) no CPF nº _____ nos termos da Resolução Normativa nº
438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, solicito a portabilidade de carências do
plano _____ (nome comercial e registro da
ANS) para o Plano _____ (nome comercial e
registro da ANS) oferecido pela FioSaúde.

TERMO DE CIÊNCIA

Estou ciente e aceito sem restrições, que:

1. A documentação apresentada será analisada pela FioSaúde em até 10 (dez) dias, estando sujeita a recusa caso não atenda aos requisitos previstos na Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
2. Ao exercer a portabilidade de carências terei que solicitar o cancelamento do vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias, a partir do início da vigência do plano da FioSaúde.
3. A inscrição estará sujeita ao cumprimento dos períodos de carências regulamentares caso o cancelamento do vínculo com plano de origem não seja realizado conforme item 2 deste termo de ciência.
4. **A vigência do plano e cobrança do valor da mensalidade (formação do preço: pré-pagamento) será realizada a partir da data em que a FioSaúde deferir o pedido de portabilidade, mediante formal comunicação.**

Rio de Janeiro, ___ / ___ / _____

Assinatura Beneficiário (maiores de 16 anos)*

Assinatura Representante Legal

* Solicitação de beneficiários maiores de 16 e menores de 18 anos deverá ser assinada pelo Representante Legal.