



TERMO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTES** E DE CANCELAMENTO DE OPCIONAIS Coletivo Empresarial/Coletivo Adesão

Unimed | 
Vitória

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO					REGISTRO NA ANS Nº 357391
ENDEREÇO AV. CEZAR HILAL, 700, 3º ANDAR - BENTO FERREIRA - VITÓRIA - ES - CEP: 29.050-903			INSCRIÇÃO NO CNPJ 27.578.434/0001-20		TELEFONE 0800 026 0080
RESPONSÁVEL FERNANDO RONCHI GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL	RG 261782-SPC/ES 1006759-SSP/ES	ESTADO CIVIL CASADO DIVORCIADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO	CARGO DIRETOR PRESIDENTE DIRETOR

Eu, _____

beneficiário titular do contrato código 080. _____ solicito e autorizo a Unimed Vitória a proceder a exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s) abaixo identificado(s), nos termos da *RN 412 da ANS, e o cancelamento dos opcionais abaixo relacionados.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME DO TITULAR	TELEFONE (OBRIGATÓRIO)	☐ PBM ☐ SOS
-----------------	------------------------	--

E-MAIL DO TITULAR (OBRIGATÓRIO)

NOME DO DEPENDENTE 01	☐ PLANO DE SAÚDE ☐ PBM ☐ SOS
NOME DO DEPENDENTE 02	☐ PLANO DE SAÚDE ☐ PBM ☐ SOS
NOME DO DEPENDENTE 03	☐ PLANO DE SAÚDE ☐ PBM ☐ SOS

CAMPO DESTINADO AOS CLIENTES QUE RECEBEM BOLETOS INDIVIDUAIS	BANCO	AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA
--	-------	---------	-----------------

MOTIVO

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ÓBITO DO DEPENDENTE | ☐ 3. INICIATIVA DA CONTRATANTE/ADMINISTRADORA |
| ☐ 2. MUDANÇA DE PLANO NO MESMO CONTRATO | ☐ Perda da condição de dependência ☐ Outro: _____ |
| | ☐ 4. INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN 412) |

Declaro que tenho ciência e concordo que a responsabilidade da Unimed Vitória em autorizar e/ou custear os atendimentos e procedimentos previstos no contrato de plano de saúde e/ou dos opcionais se encerra na data de ciência da Operadora, se a exclusão for por iniciativa do beneficiário titular (RN 412) ou conforme Calendário de Movimentação, se for por outros motivos

Declaro saber e concordar que eventuais valores referentes à coparticipação por qualquer utilização durante a vigência do contrato serão cobrados do responsável pelo pagamento.

Declaro, também, estar ciente de que caso os cartões de plano de saúde não sejam devolvidos, qualquer utilização após a data da efetivação da exclusão será considerada indevida e, por este motivo, o beneficiário titular deverá arcar com o custo integral de toda e qualquer despesa decorrente dessa utilização.

Por fim, declaro que fui comunicado que em caso de perda da condição de dependência do beneficiário dependente, a portabilidade de carências poderá ser exercida se requerida no prazo de 60 dias a contar da ciência da extinção de seu vínculo com a Operadora. Acesse a 'Área de Clientes' no site www.unimedvitoria.com.br para informar-se sobre valor da mensalidade e período para o exercício da portabilidade.

* RN 412

Em conformidade com as determinações do artigo 15 da Resolução Normativa (RN) nº 412 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), informamos que a solicitação de exclusão de beneficiário do plano de saúde coletivo importará nas seguintes consequências:

- Quando o(a) dependente, ingressar em um novo plano de saúde:
 - terá que cumprir novos períodos de carências (art. 12, V, Lei nº 9.656/1998).
 - será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde e se existir doença ou lesão preexistente (DLP), poderá ser exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), que suspende a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos pelo prazo de até 24 meses.
 - haverá a perda imediata de quaisquer benefícios de isenção de mensalidade (remissão), devendo arcar com o pagamento da mensalidade do novo plano.
- Não será possível realizar a portabilidade de carências nos termos previstos na RN nº 186 da ANS.
- Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora.
- As despesas de mensalidades e coparticipações devidas pela utilização ou realização de serviços até esta data serão de sua responsabilidade
- A partir da solicitação de exclusão do beneficiário, a operadora não custeará quaisquer despesas, nem nos casos de urgência ou emergência, correndo por sua conta o pagamento integral pela realização de qualquer procedimento.
- A exclusão do titular do plano de saúde implicará na exclusão de todos os seus dependentes, exceto se o contrato estabelecer expressamente de forma diversa.

ASSINATURAS

CONTRATANTE (Motivos 1, 2 e 3) E/OU TITULAR (Motivos 1, 2 e 4)	DATA	RECEBIDO POR:	DATA
--	------	---------------	------