



TERMO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Coletivo por 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

DADOS

CONTRATANTE

NÚMERO DO CONTRATO	TELEFONE (OBRIGATÓRIO)
TITULAR	DATA DE NASCIMENTO
CÓDIGO	CPF
E-MAIL DO TITULAR (OBRIGATÓRIO)	

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

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 morte do titular, a portabilidade de carências poderá ser exercida pelos beneficiários dependentes 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.

MOTIVO

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ÓBITO DO TITULAR | ☐ 3. INICIATIVA DA CONTRATANTE/ADMINISTRADORA |
| ☐ 2. MUDANÇA DE PLANO NO MESMO CONTRATO | ☐ 4. INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN 412) |

*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) senhor(a) 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
--	------	---------------	------