



Contratante:	E-mail:
--------------	---------

**DADOS DO TITULAR DO PLANO**

Nome do Titular:	CPF:	
Logradouro:	N.º:	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Complemento:	CEP:	
E-mail:	Telefone:	

**MOTIVO DA EXCLUSÃO**

Assinale com "X" o motivo da exclusão do beneficiário:

**() 41** – Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário; **()72** - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (**a pedido do Titular**); **() 74** – Portabilidade de Carências; **()75** - Migração para outra operadora; **() 76** - Migração ou mudança de plano na mesma Unimed; **()77** - Viagem ou mudança de domicílio; **()78** - Dificuldades com a rede/agendamento; **()79** - Dificuldades na autorização; **()81** - Insatisfeito com o atendimento do plano; **()82** - Plano está muito caro.

<input type="checkbox"/>	<b>71</b> - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular ( <b>a pedido da Contratante</b> ) Data de Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o <u>primeiro dia</u> do mês futuro.
<input type="checkbox"/>	<b>42</b> – Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo Empresarial) Data da Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o <u>primeiro dia</u> do mês futuro.
<input type="checkbox"/>	<b>44</b> - Exclusão por óbito do beneficiário. *Anexar cópia da certidão de óbito. Data da Exclusão: ____/____/____.

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EXCLUÍDOS**

Beneficiário	Código do Cartão

## MANUTENÇÃO DO PLANO PARA DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS

1. O beneficiário contribuiu com o pagamento parcial ou integral da mensalidade do plano? ( ) Sim ( ) Não (sem direito ao benefício – não preencher questões abaixo).
2. Se a resposta acima foi “Sim”, responda: Por quantos meses o beneficiário titular contribuiu com o pagamento da mensalidade?  
\_\_\_\_\_ meses;
3. O fim da relação empregatícia ou estatutária deu-se por: ( ) Demissão sem justa causa; ( ) Exoneração sem justa causa; ( ) Aposentadoria; ( ) Outros (sem direito ao benefício – não responder questões abaixo)
4. Se o fim da relação empregatícia/estatutária ocorreu por aposentadoria do beneficiário titular, responda: O beneficiário titular se aposentou e continuou trabalhando sem interrupção? ( ) Sim ( ) Não
5. O beneficiário titular foi cientificado e optou pela manutenção do plano na condição de ex-empregado? ( ) Sim

## EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO - RN N. 412/2016

1. A CONTRATANTE tem até 30 dias para comunicar a OPERADORA do pedido de exclusão por iniciativa do beneficiário. Findo o prazo sem que a CONTRATANTE tenha comunicado a OPERADORA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à OPERADORA, conforme legislação vigente.
2. **A exclusão a pedido do beneficiário titular tem efeito imediato a partir da data de ciência da operadora. Assim, fica proibida a exclusão com data futura a pedido do beneficiário.**

## CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO - RN N. 412/2016

O (A) CONTRATANTE e o (a) beneficiário (a) ficam cientes que a exclusão indicada neste formulário ensejará nas consequências abaixo descritas:

1. **A solicitação tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. Portanto, não será possível a reativação do plano em caso de arrependimento e, tampouco, a reversão do lote;**
2. **É responsabilidade do titular ou responsável legal, a devolução dos cartões de identificação do plano de saúde;**
3. **As guias de atendimentos emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir deste momento, pois, uma vez solicitada a exclusão, as guias serão imediatamente canceladas.**
4. **É responsabilidade do beneficiário titular ou responsável legal o pagamento: 4.1) de quaisquer atendimentos realizados a partir da solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência; 4.2) das mensalidades já vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela realização dos serviços já realizados; 4.3) valores proporcionais das mensalidades até a data da exclusão solicitada pelo beneficiário, quando aplicável, respeitando o ciclo de faturamento das faturas.**
5. **Poderão ser realizadas cobranças posteriores relativas às coparticipações de eventos ocorridos durante o período de permanência do beneficiário no plano, mas ainda não avisados pelos prestadores no momento da solicitação de cancelamento/exclusão.**
6. **Perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde como: período de remissão (BFSC ou FEA), pecúlio, proteção familiar, vida em grupo e garantia funeral, quando contratado;**
7. **Eventual ingresso em novo plano de saúde implicará: 7.1) No cumprimento de novos períodos de carência; 7.2) Perda do direito ao exercício da portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido; 7.3) Condições atualizadas de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, etc; 7.4) preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos**
8. **Nos planos coletivos a Contratada pode excluir o beneficiário por perda do vínculo do titular com a Contratante e/ou perda do vínculo do dependente com o Titular, conforme previsão contratual.**

**PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS – RN 438/2018**

Art. 8º **A Portabilidade de Carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora,** nas seguintes hipóteses:

- I – Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato;
- II – Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário;
- III – Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário;

Nos casos acima **não se aplicam os requisitos de vínculo ativo, prazo de permanência e compatibilidade por faixa de preços** previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º da RN 438/2018.

Beneficiários de contratos **não regulamentados e não adaptados podem exercer a Portabilidade de Carências em razão da extinção do seu vínculo de beneficiário.**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da Contratante**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Beneficiário Titular**

Para uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Recebimento na Unimed**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Processamento na Unimed**