|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO TOTAL PESSOA JURÍDICA - PJ** |
|  |
| 1. **DADOS DA OPERADORA:**
 |
| Unimed Sobral – Sociedade Cooperativa Médica LTDA | CNPJ: 07.649.106/0001-60 |

|  |
| --- |
| 1. **DADOS DO(A) CONTRATANTE:**
 |
| **Razão social da empresa:** |       |
| **CNPJ:** |       | **Código da empresa:**       |
| **Nome do responsável legal:**       |

|  |
| --- |
| 1. **DADOS DOS TITULARES E/OU DEPENDENTES EXCLUÍDOS:**
 |
| **Solicitamos o CANCELAMENTO TOTAL e a exclusão do (s) beneficiário (s) abaixo relacionados, vinculados à contratante acima especificada. (Caso seja superior as linhas abaixo, anexar uma relação à parte).** |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| 1. **MOTIVO DO CANCELAMENTO:**
 |
| **[ ]** Mudança de plano |
| [ ]  Inadimplência PJ [ ]  Contrato cancelado pela empresa (sem débito existente)**[ ]** Contrato cancelado pela empresa (com débito existente)[ ]  Cancelamento de contrato por descumprimento da RN 557/ANS  |
| **[ ]** Óbito \*(Obrigatório apresentar a certidão de óbito) |
| **[ ]**  Outros  |
| **OBSERVAÇÕES:**  |       |
|        |
|        |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES SOBRE O EFEITO DO CANCELAMENTO:**
 |
|  **O ingresso do beneficiário em um novo plano de saúde implicará em:**1. Cumprimento de novos períodos de carência;
2. Perda do direito à portabilidade de carências;
3. Preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, acarretará no cumprimento de cobertura parcial temporária – CPT; e
4. Perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
 |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES IMPORTANTES CONFORME RN N°561 DE 15/12/2022 DA ANS**
 |
| 1. A Pessoa Jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processo da exclusão;
2. A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora;
3. Os dependentes vinculados ao titular do plano excluído também serão excluídos na mesma ocasião;
4. Caso exista coparticipação devida e ainda não cobrada, a Unimed Sobral emitirá cobrança com os valores da coparticipação;
5. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, ocorrerão por sua conta.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data de exclusão:** |  |

Caso deseje prosseguir, por gentileza, assine o formulário, declarando estar ciente das informações acima prestadas.

Declaro, para os devidos fins que estou ciente de todas as informações acima mencionadas.

|  |
| --- |
|  |
| **Assinatura e carimbo do (a) contratante** |

|  |
| --- |
|  |
| **Assinatura do colaborador Unimed Sobral** |

**Sobral/CE** **de**  **de** **.**