|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO PESSOA JURÍDICA - PJ** |
|  |
| **DADOS DA OPERADORA** |
| Unimed Sobral – Sociedade Cooperativa Médica LTDA | CNPJ: 07.649.106/0001-60 |
| **DADOS DO(A) CONTRATANTE** |
| **Data de solicitação:**       | **Data de exclusão:**       |
| **Razão Social:**       |
| **CNPJ**:       | **Contrato:**       | **Código da empresa:**       |
| **DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) A SEREM EXCLUÍDOS** |
| [ ]  Exclusão do titular [ ]  Exclusão apenas do(s) dependente(s) [ ]  Exclusão de todo o grupo familiar |
| **Nome:**       | **CPF:**       |
| **Nome:**       | **CPF:**       |
| **Nome:**       | **CPF:**       |
| **Nome:**       | **CPF:**       |
| **Nome:**       | **CPF:**       |
| **SINALIZE O MOTIVO DA EXCLUSÃO:** |
| 1. [ ]  Desligamento da empresa (demissão ou exoneração sem justa causa, ou por acordo);
2. [ ]  Aposentado;
3. [ ]  Óbito \*(Obrigatório apresentar a certidão de óbito)
4. [ ]  Por iniciativa do (a) beneficiário (a) ou qualquer outro motivo;
5. [ ]  Mudança de plano/produto na mesma Operadora.
 |
| **Com direito a RN N°488 – PAD (Plano de Assistência ao Demitido e Aposentado)** | **Sem direito a RN N°488 – PAD (Plano de Assistência ao Demitido e Aposentado)** |
| * Demissão sem justa causa por iniciativa do empregador;
* Mútuo acordo (Art. 484 CLT);
* Aposentadoria;
 | * Demissão com justa causa, pedido de demissão por iniciativa do empregado;
* Não ter contribuído financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial;
* Já ter usufruído dos benefícios dos artigos 30 e 31 da lei 9.656.
 |
|  |
| **Observações:** nos casos dos motivos 1 e 2, deverão ser obrigatoriamente preenchidos todos os campos sob pena do não processamento da exclusão conforme art. 12 da resolução normativa 488/2022 da ANS - "a exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde somente deverá ser aceita pela operadora mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no art. 11". |
|
|
|
|  |
| Titular contribuía com o pagamento da mensalidade do plano?  | Sim[ ]  Não [ ]  |
| Empresa comunicou sobre o direito ao PAD?  | Sim[ ]  Não [ ]  |
| Beneficiário optou pelo uso do PAD?  | Sim[ ]  Não [ ]  |
| Tempo de contribuição: |       |
| **Não vale como contribuição o pagamento de valores de coparticipação e/ou mensalidade dos dependentes.****Conforme RN 488/2022 da ANS** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O EFEITO DA EXCLUSÃO:** |
|  **O ingresso do beneficiário em um novo plano de saúde, acarretará 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.
 |
| **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. Expirado o prazo do item 1, sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora;
3. A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora;
4. Os dependentes vinculados ao titular do plano excluído também serão excluídos na mesma ocasião;
5. Caso exista coparticipação devida e ainda não cobrada, a Unimed Sobral emitirá cobrança com os valores da coparticipação;
6. 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, correrão por sua conta.
 |

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 do titular** |

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