|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |