|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO PESSOA FISICA - PF** | |
| 1. **DADOS DA OPERADORA:** | |
| Unimed Sobral – Sociedade Cooperativa Médica LTDA. | CNPJ: 07.649.106/0001-60. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Exclusão do titular  Exclusão somente do(s) dependente(s)  Exclusão de todo o grupo familiar** | | | | | |
| 1. **DADOS DO(A) TITULAR (OU QUANDO MENOR INFORMAR TAMBÉM DADOS DO RESPONSÁVEL)** | | | | | |
| Nome completo: |  | | | | Nasc.: |
| Cód. cartão: | | | CPF: | | |
| Nome do Responsável (que assinou o contrato): | | | | | CPF: |
| Contatos: (     )- | | (     )- | | E-mail: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) A SEREM EXCLUÍDOS (SE HOUVER):** | | | | |
| **Solicitamos a EXCLUSÃO do (s) beneficiário (s) abaixo relacionados (caso seja superior as linhas abaixo, anexar uma relação à parte).** | | | | |
| **Nome:** | | | | **CPF:** |
| **Nome:** | | | | **CPF:** |
| **Nome:** | | | | **CPF:** |
| **Nome:** | | | | **CPF:** |
| **Nome:** | | | | **CPF:** |
| 1. **MOTIVO DA EXCLUSÃO:** | | | | |
| **M**udança de plano na mesma Operadora | | Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular | Financeiro | |
| **Inadimplência** | | Óbito \*(Obrigatório apresentar a certidão de óbito) | Outros | |
| **OBSERVAÇÕES:** |  | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES SOBRE O EFEITO DA EXCLUSÃO (CONFORME RN N°561 DE 15/12/2022 DA ANS):** |
| A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora;  As mensalidades vencidas e/ou eventuais coparticipações, de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento, são de sua responsabilidade;  Após o cancelamento, a Unimed Sobral não terá qualquer responsabilidade no custeio de despesas advindas de utilizações posteriores a este pedido de cancelamento, ainda que se trate de urgência ou emergência.  **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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 do titular ou responsável** |  | **Assinatura do colaborador Unimed Sobral** |

**Sobral/CE,      de       de       .**