

**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO RN 412  
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO/EMPRESARIAL**

Exclusão de: (~~\_\_\_\_\_~~) Titular e Dependente(s) (     ) Dependente(s)

Vinculado(s)            ao            contratante            (empresa/entidade)            \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, termo nº\_\_\_\_\_,  
modalidade nº\_\_\_\_ conforme estabelece a Resolução Normativa (RN) nº  
412/2016 publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fica  
(m) excluído(s) do contrato o (s) seguinte (s) beneficiário(s):

TITULAR	
Nome:	CPF:

DEPENDENTE (S)	
Nome:	CPF:

**PROTOCOLO DE PEDIDO E CONFIRMAÇÃO DO CANCELAMENTO DO  
CONTRATO DE PLANO COLETIVO  
(PARA PREENCHIMENTO DO TITULAR)**

**DECLARO** ainda para todo e qualquer fim, que a UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA., em obediência à RN nº412/2016, **prestou de forma clara e precisa as seguintes informações:**

- I. O pedido de exclusão tem EFEITO IMEDIATO, **a partir da data da ciência da operadora de plano de saúde, ajustada no item X abaixo**, a qual possui caráter IRREVOGÁVEL, ou seja, NÃO SERÁ PERMITIDO O DIREITO DE ARREPENDIMENTO POSTERIOR.
  
- II. A partir da data da exclusão, todos os procedimentos previamente agendados/autorizados, em favor do (s) beneficiário (s) elencados acima,

**serão cancelados**, impossibilitando, portanto, a utilização dos serviços, ainda que de posse de documento ou informação de liberação no prazo de validade.

- III. A partir da data, hora e minuto da exclusão, **não será permitida a utilização do plano de saúde**, MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
- IV. Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:
  - a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
  - b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
  - c) no 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 até 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;
  - d) caso possua contratação adicional de Benefício Família, acarretará na perda imediata do direito de remissão, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar.
- V. **As mensalidades e coparticipações devidas pelo beneficiário titular e seus dependentes**, pela utilização dos serviços realizados até a data da exclusão, serão processadas pela pessoa jurídica contratante da forma habitual.
- VI. Fica assegurado o direito de cobrança dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar, bem como os débitos ainda pendentes e/ou apurados futuramente, no prazo de 5 (cinco) anos, contados da data de exclusão do (s) beneficiário (s), em conformidade ao disposto no artigo 206, parágrafo 5º, inciso I do Código Civil, podendo haver a inscrição do responsável financeiro nos órgãos de proteção ao crédito, bem como a adoção das medidas judiciais cabíveis.
- VII. **A utilização indevida do plano**, ou seja, utilização após a data da exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência, ocasionará a cobrança integral dos procedimentos realizados, a qual se dará por intermédio da pessoa jurídica contratante.
- VIII. **A exclusão do titular implicará no cancelamento de todos os seus dependentes**, uma vez que a participação do grupo familiar depende da permanência do titular no plano de saúde.

IX. O presente pedido de cancelamento tem efeito imediato e caráter irrevogável, cessando a cobertura do plano assistencial a partir de:

**Exclusão imediata e a respectiva suspensão do atendimento, a partir da data ...../...../.....**

**Declaro estar ciente da possibilidade da exclusão imediata, mas por minha liberalidade, ajusto com a Unimed Porto Alegre a exclusão a partir da data ...../...../.....**

X. O pedido de exclusão de beneficiário (s) foi realizado por meio do canal de atendimento:

**Telefônico (0800 510 4646);**

**Presencial na Sede da Operadora;**

**Presencial na Pessoa Jurídica Contratante.**

XI. Após o preenchimento deste formulário na Empresa/Entidade, o pedido será direcionado à **operadora para que processe a data da exclusão** e encaminhe ao beneficiário titular o Recibo de Solicitação de Exclusão e o Comprovante de Efetiva Exclusão conforme contatos informados no quadro abaixo:

E-mail 1		E-mail 2
Telefone fixo ( )	Telefone celular ( )	Telefone p/ recado:

**Declaro estar ciente dos direitos e restrições decorrentes da minha decisão,** de acordo com o disposto no artigo 15 da Resolução Normativa nº 412/16 (e suas atualizações) da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme descrito acima.

Serve o presente documento como notificação da confirmação de exclusão de beneficiário.

.....POA....., ..... de ..... de .....

---

**ASSINATURA BENEFICIÁRIO TITULAR**