



# Exclusão de Beneficiários Contrato Coletivo Empresarial

**ANS - Nº312851**

Nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Modalidade:  Termo:     Contratante: DIGITHOBRASIL SOLUÇÕES EM SOFTWARE LTDA

Código do cartão:

                    

Nome do beneficiário titular:

- Motivo da exclusão:  Demissão com justa causa (65)  Demissão sem justa causa (64)  
 Desistência (11)  Transferência (31)  Aposentadoria (66)  
 Exoneração (67)  Pedido de demissão (68)  Óbito (32)  Outro \_\_\_\_\_

Cartão devolvido:  
 Sim  Não

Código do cartão: 0051.0030.084297-10-1

                    

Nome do beneficiário dependente:

Motivo da exclusão:

- Desistência (11)  Família desligada (12)  Falecimento do titular (46)  
 Transferência (31)  Óbito (32)  Outro \_\_\_\_\_

Cartão devolvido:  
 Sim  Não

Código do cartão:

                    

Nome do beneficiário dependente:

Motivo da exclusão:

- Desistência (11)  Família desligada (12)  Falecimento do titular (46)  
 Transferência (31)  Óbito (32)  Outro \_\_\_\_\_

Cartão devolvido:  
 Sim  Não

Código do cartão:

                    

Nome do beneficiário dependente:

Motivo da exclusão:

- Desistência (11)  Família desligada (12)  Falecimento do titular (46)  
 Transferência (31)  Óbito (32)  Outro \_\_\_\_\_

Cartão devolvido:  
 Sim  Não

Contribuição do ex-empregado para Plano de Saúde (coparticipação não equivale à contribuição)

Tempo de Contribuição

 NÃO HÁ, POIS A EMPRESA SUBSIDIA INTEGRALMENTE A MENSALIDADE DO TITULAR O TITULAR CONTRIBUI PARCIAL OU INTEGRALMENTE COM O PAGAMENTO DA MENSALIDADE mesesNos planos coletivos empresariais regulamentados ou adaptados, por força dos art. 11 e 12 da Resolução Normativa da ANS nº 279/2011, a presente solicitação apenas será aceita se devidamente preenchida e, em caso de desligamento da empresa sem justa causa, aposentadoria ou exoneração, acompanhada do **termo de ciência do direito à permanência do plano**.

Assinatura da Empresa/Responsável (Nome Completo)

Carimbo da Empresa/CNPJ

Data de recebimento da Unimed Campo Grande

Assinatura do titular

Parecer da Unimed Campo Grande: \_\_\_\_\_

Em caso de cartão não devolvido, a empresa se responsabiliza pelo uso indevido do cartão até a data de validade do mesmo.  
 No caso de cancelamento de todo o grupo familiar, todos deverão estar acima relacionados.  
 A exclusão do titular cancela automaticamente seus dependentes.



www.unimedcg.coop.br  
Rua Goiás, 695  
79020-101 Jardim dos Estados, Campo Grande - MS  
T. (67) 3389-2500

## COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO CONTRATO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Protocolo de solicitação de exclusão de contrato coletivo nº:

---

### TERMO DE CIÊNCIA DE DIREITOS E RESTRIÇÕES DIANTE DO PEDIDO DE EXCLUSÃO DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - CONF. ARTIGO 15 DA RN 412 (PARA PREENCHIMENTO DO TITULAR)

Nome do contratante: DIGITHOBRASIL SOLUCOES EM SOFTWARE LTDA	
Modalidade: 30	Termo: 744
Nome do titular:	
Telefone:	E-mail:
CPF:	
Nome da mãe (completo s/ abreviar):	

- Ø eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:
  - Cumprimento de novos períodos de carência;
  - Perda do direito à portabilidade de carências (caso não tenha sido este o motivo do pedido);
  - Preenchimento de nova Declaração de Saúde e Cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT;
  - Perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de uma nova contratação de plano de saúde.
- Efeito IMEDIATO e caráter IRREVOGÁVEL da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios.
- As mensalidades vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário.



4. Todos os procedimentos previamente agendados/autorizados em favor do(s) beneficiário(s) excluído(s) **foram automaticamente cancelados**, impossibilitando a utilização dos serviços, ainda que houvesse a posse de documento ou informação de liberação no prazo de validade.
5. **É proibida a utilização do plano de saúde pelo(s) beneficiário(s) excluído(s), MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**
6. **A utilização indevida** do plano, ou seja, após a data da exclusão, **ACARRETARÁ NA COBRANÇA INTEGRAL DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS** ao beneficiário titular e, em caso de não pagamento, poderá haver a inscrição nos órgãos de proteção ao crédito e medidas judiciais cabíveis.
7. A exclusão do beneficiário titular em plano Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão ensejará a exclusão dos dependentes.
8. 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.
9. Caso haja faturas emitidas antes da solicitação de cancelamento, estas devem ser desconsideradas. No caso de pagamento, será realizada a devolução por desconto em fatura futura ou reembolso.



\_\_\_\_\_

Ciência ref. Art. 15 da RN 412 - Assinatura do Titular

Estou ciente de que meu pedido de exclusão por **DESISTÊNCIA** obteve o **EFEITO IMEDIATO** a partir da data de ciência da operadora, realizada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_H\_\_\_MIN, com caráter **IRREVOGÁVEL**.



\_\_\_\_\_

Ciência da confirmação de efetivo cancelamento - Assinatura do Titular

