



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:	
Modalidade:	Termo:
Nome do titular:	
Telefone:	E-mail:
CPF:	
Nome da mãe (completo s/ abreviar):	

- O 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

