**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO – COLETIVO POR ADESÃO**

*uso exclusivo para os casos de mudança de plano ou óbito*

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense | **CNPJ**  85.283.299/0001-91 | **REGISTRO ANS**  354295 |

**2. DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO** |

**3. DADOS DO(A) TITULAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO (sem abreviações)** | | |
| **E-MAIL** | | |
| **TELEFONE CELULAR**  ( ) | **TELEFONE RESIDENCIAL**  ( ) | **TELEFONE COMERCIAL**  ( ) |

**4. DADOS DO TITULAR E/OU DEPENDENTE(S) EXCLUÍDOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Exclusão do(s) dependente(s) abaixo;  Exclusão do titular e dependente(s); ou  Exclusão do titular falecido, sendo transferida a titularidade para um dos dependentes já inscritos no plano, formalizado via Termo Aditivo. | | | | **DATA DE EXCLUSÃO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | |
| **Motivo** | **Código beneficiário** | | **Nome** | | **Data do óbito\*** |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| \*Quando a exclusão for pelo motivo 73 é obrigatório preencher a data do óbito e apresentar a certidão de óbito à operadora e o a exclusão terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento do beneficiário. | | | | | |
| **MOTIVOS DE EXCLUSÃO** | | | | | |
| **73** | | Óbito\* | | | |
| **76** | | Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed | | | |

**4. CIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **Estou ciente que:**   1. O não pagamento dos valores devidos, mensalidades não pagas e/ou coparticipações devidas pela utilização de serviços já realizados, ensejará no encaminhamento do seu nome aos órgãos de proteção ao crédito; 2. A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar regulamentado ou adaptado não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos com capacidade civil, o direito à manutenção do contrato, com a assunção das obrigações decorrentes; 3. Em caso de óbito do titular inscrito no plano como ex-empregado nos termos da Lei 9656/98, os dependentes inscritos podem assumir a responsabilidade do plano pelo período remanescente; 4. Como responsável por este contrato, comprometo-me a informar os dependentes sobre este direito. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR/RESPONSÁVEL** |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** |