

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO MOTIVADO PELA PJ CONTRATANTE PLANOS COLETIVOS

1. DADOS DA OPERADORA

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

2. DADOS DO (A) CONTRATANTE

| | |
|-----------------------------|-------------|
| NOME DA EMPRESA CONTRATANTE | Nº CONTRATO |
|-----------------------------|-------------|

3. DADOS DOS TITULARES E/OU DEPENDENTE(S) EXCLUÍDOS

| Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo relacionados, vinculados à contratante acima especificada. Ocorrendo a exclusão de beneficiários titulares consequentemente os dependentes serão excluídos. | | | DATA DE EXCLUSÃO ___/___/___ |
|---|---|------|---------------------------------|
| Motivo | Código beneficiário | Nome | Data do óbito* |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| *Quando a exclusão for pelo motivo 73 é obrigatório preencher a <u>data do óbito e apresentar a certidão de óbito</u> à operadora e o a exclusão terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento do beneficiário. | | | |
| MOTIVOS DE EXCLUSÃO | | | |
| 70 | Desligamento da empresa e/ou associado | | |
| 76 | Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed | | |
| 73 | Óbito* | | |
| 88 | Motivado pela PJ contratante (Cancelamento do Contrato) | | |
| VENDEDOR | | | Nº |

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; |
|--|

Na qualidade de representante da Pessoa Jurídica Contratante, declaro para os devidos fins de direito que os beneficiários acima relacionados **não fazem jus ao direito de manutenção do plano na condição de ex-empregado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279, devido:**

- () não terem contribuído financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial pré-pagamento;
- () o motivo de rescisão do contrato de trabalho não assegurar o benefício, em razão de: demissão com justa causa; pedido de demissão por iniciativa do empregado; ou adesão ao Programa de Demissão voluntária-PDV;
- () estar inscrito em plano coletivo por adesão;

Declaro ainda, que estas informações foram devidamente repassadas ao beneficiário titular.

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) CONTRATANTE

DATA: ___/___/___

Razão Social:

CNPJ:

Beneficiário Titular: _____ Data: ____/____/____

Código cartão: _____

Comunicado do Direito ao Exercício de Portabilidade de Carências Por Perda de Vínculo

Prezado (a),

Em função da exclusão dos beneficiários abaixo citados do plano de saúde, comunicamos o direito ao exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo nos termos da Resolução Normativa nº 438/2018.

Esclarecemos que a portabilidade de carências por perda de vínculo é a possibilidade do beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, na mesma operadora ou outra operadora, com aproveitamento dos períodos de carência e cobertura parcial temporárias já cumpridos no plano origem.

Para exercer o direito à portabilidade de carências será necessário acessar o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, www.ans.gov.br, e emitir o relatório de compatibilidade de planos através do “Guia ANS de Planos de Saúde”, bem como atender os requisitos estabelecidos para o exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo.

Segue relação do(s) beneficiário(s) e dados do plano de saúde no qual estava(m) vinculado(s):

| Beneficiário | Valor da Mensalidade | Data de inclusão no plano | Nº do Registro do plano |
|--------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IMPORTANTE: O prazo para exercer a portabilidade de carências em qualquer operadora de planos de saúde é de **60 (sessenta) dias** a partir do recebimento deste comunicado.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com o setor Gestão de Contratos, através do telefone (49) 3361-1816 e e-mail portabilidadern438@unimedchapeco.coop.br.



Dr. Waldir Savi Júnior
Diretor Plano de Saúde
Unimed Chapecó- Coop.Trab. Méd. Reg. Oeste Cat.

CIÊNCIA DO TITULAR

| | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| ASSINATURA DO TITULAR | DATA DE CIÊNCIA ____/____/____ |
|-----------------------|-----------------------------------|