

**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO MOTIVADO PELA PJ CONTRATANTE**
**PLANO COLETIVO POR ADESÃO**
**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 | N° 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<br>___/___/___ |
|---|---------------------------------|

| Código beneficiário | Nome | Data do óbito* |
|---------------------|------|----------------|
|                     |      |                |
|                     |      |                |
|                     |      |                |
|                     |      |                |

\*Quando a exclusão for pelo motivo de óbito 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**

Assinale um dos motivos de exclusão abaixo:

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Desligamento da empresa e/ou associado            |
| <input type="checkbox"/> | Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed |
| <input type="checkbox"/> | Óbito*  |

|          |    |
|----------|----|
| VENDEDOR | N° |
|          |    |

**4. CIÊNCIA**

Estou ciente que:

- 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

 Razão Social:  
CNPJ:

DATA:

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](http://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](mailto: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<br>___/___/___ |