

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 ___/___/___
---	---------------------------------

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	Nº

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, 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 ____/____/____
-----------------------	-----------------------------------