

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	85.283.299/0001-91	35.429-5

2. MODALIDADE DO CONTRATO

<input type="checkbox"/> Coletivo Empresarial	<input type="checkbox"/> Coletivo por Adesão	<input type="checkbox"/> Individual/Familiar
---	--	--

3. DADOS DO (A) CONTRATANTE

NOME/ RAZÃO SOCIAL*	Nº OPER.	CNPJ/CPF

*Quando Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão preencher a razão social. Quando Individual/Familiar ou Ex-empregado preencher o nome do Titular.

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

Código do cartão	Nome completo do beneficiário	Data de exclusão
		____/____/____

Telefone atualizado do titular:	E-mail atualizado do titular:
()	

5. MOTIVOS DE EXCLUSÃO

<input type="checkbox"/> 1 - Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed	
<input type="checkbox"/> 2 - Óbito* *Obrigatório apresentar a certidão de óbito.	
<input type="checkbox"/> 3 - Desligamento da empresa e/ou associado* *Obrigatório o preenchimento dos campos abaixo	
Com direito a RN 488, devido: <input type="checkbox"/> demissão sem justa causa por iniciativa da empresa; <input type="checkbox"/> mútuo acordo (Art. 484 CLT); <input type="checkbox"/> aposentadoria;	Sem direito a RN 488, devido: <input type="checkbox"/> demissão com justa causa; <input type="checkbox"/> pedido de demissão por iniciativa do empregado; <input type="checkbox"/> adesão ao programa de demissão voluntária - PDV; <input type="checkbox"/> não ter contribuído financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial; <input type="checkbox"/> estar inscrito em plano coletivo por adesão;

BENEFICIÁRIOS COM DIREITO A RN 488
Tempo de contribuição (meses): _____

MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO <input type="checkbox"/> OPTO pela manutenção do plano; <small>*Obrigatório o envio do formulário de inclusão.</small> <input type="checkbox"/> NÃO OPTO pela manutenção do plano; <input type="checkbox"/> ANALISAREI A PROPOSTA e notificarei à empresa contratante e/ou operadora no prazo de 30 (trinta) dias da data de ciência abaixo. Não havendo manifestação minha no prazo autorizo assumir como desinteresse na manutenção do plano.
--

CIÊNCIA E OPÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS

De acordo com a Resolução RN n° 488 da ANS, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, mútuo acordo (Art. 484 CLT), nas mesmas condições de cobertura assistencial que usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

d) Já contribuisse financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

e) Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela do plano de inativos para a sua faixa etária e de seus dependentes.

DATA DA CIÊNCIA: ____/____/____.

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) CONTRATANTE

Razão social:
CNPJ:

ASSINATURA DO TITULAR

*Obrigatório a assinatura do titular quando plano individual/familiar ou quando o ex-empregado possuir direito a RN 488.

	FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO	FOR.REA.0002/04 Implantação: 01/2023 4ª Revisão: 04/2024 Classificação: RESTRITO
---	-------------------------------	---

Código do cartão do titular: _____

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

Prezado (a), em função da exclusão dos beneficiários abaixo citados, comunicamos o direito ao exercício da portabilidade de carência por perda de vínculo nos termos da RN 438/18.

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

Para exercer o direito será necessário acessar o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/, e emitir o relatório de compatibilidade de planos, bem como atender os requisitos estabelecidos na RN 438/18.

Beneficiário (Nome completo)	Valor da mensalidade (Sem desconto)	Data de inclusão no plano
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	R\$	

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

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com o setor Gestão de Contratos, através do e-mail: solicitacaogc@unimedchapeco.coop.br ou telefone (49) 3361-1814.

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

**Unimed Chapecó
Gestão de Contratos**

CIÊNCIA DO TITULAR	
ASSINATURA DO TITULAR:	DATA DA CIENCIA: ____/____/____.