

1. DADOS DE OPERADORA

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

2. MODALIDADE DO CONTRATO

<input type="checkbox"/> Coletivo Empresarial	<input type="checkbox"/> Coletivo por Adesão	<input type="checkbox"/> Individual/Familiar *O cancelamento deve ser solicitado presencialmente ou via telefone 0800 644 1800
-----------------------------------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. DADOS DO TITULAR OU QUANDO MENOR (RESPONSÁVEL FINANCEIRO)

NOME COMPLETO				
TELEFONE () ()		E-MAIL		
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA				NUMERO
BAIRRO	COMPLEMENTO	CEP	CIDADE	UF

4. CIENCIA E DECLARAÇÕES

- É responsabilidade do titular o descarte dos cartões de identificação do plano de saúde, bem como, informar aos dependentes a data e consequências do cancelamento;

- A solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário têm efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. Portanto, a reativação em caso de arrependimento não será possível;

- A data de assinatura do presente documento não interfere na data de exclusão a qual ocorrerá a partir da data de ciência da operadora.

- É proibida a utilização do plano de saúde após o cancelamento do contrato, **MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**

- As guias de atendimento em seu poder não poderão ser utilizadas a partir deste momento, mesmo que o procedimento tenha sido agendado ou autorizado previamente pela operadora;

- A exclusão ocasiona a perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde como: período de remissão (Benefício Família Santa Catarina - BFSC ou Fundo de Extensão Assistencial - FEA), pecúlio, proteção familiar, vida em grupo e garantia funeral, quando contratado;

- A exclusão ocasiona a perda do direito ao exercício da portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do cancelamento.

- É dever do responsável financeiro o pagamento de:

- Mensalidades não pagas e/ou coparticipações devidas pela utilização de serviços já realizados;
- Quaisquer atendimentos realizados a partir da solicitação de cancelamento ou exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;

- Eventual ingresso em novo plano de saúde implicará:

- No cumprimento de novos períodos de carência;
- No preenchimento de nova declaração de saúde e cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente;
- Condições atualizadas para novas vendas: novos preços, faixa etária, mecanismos de regulação, etc. - 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.

Particularidades Individual/Familiar:

- 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;
- Declaro que recebi uma cópia deste documento constando o numero do protocolo da solicitação de cancelamento.

Particularidades Coletivo Empresarial:

- A exclusão do beneficiário titular também implicará na exclusão dos dependentes. Excepcionalmente, 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;
- A exclusão ocasiona Perda do direito ao exercício de manutenção do plano na condição de ex-empregado em caso demissão ou aposentadoria, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 488.

Particularidades Coletivo por Adesão:

- A exclusão do titular também implicará na exclusão dos dependentes.

5. DADOS DO BENEFICIÁRIOS A SEREM EXCLUÍDOS

Plano Individual/Familiar: <input type="checkbox"/> A minha exclusão como titular, sendo transferida a titularidade deste contrato para um dos dependentes já inscritos no plano, formalizado via Termo Aditivo.	<input type="checkbox"/> Exclusão de todos os beneficiários do contrato empresarial por portabilidade de carências (Cancelamento do contrato PJ); <input type="checkbox"/> Exclusão do titular e dependente(s); <input type="checkbox"/> Exclusão do(s) dependente(s) abaixo.
Código do cartão	Nome completo do beneficiário

Motivos de Exclusão**Assinale um dos motivos de exclusão abaixo:**

<input type="checkbox"/>	Troca de Titularidade
<input type="checkbox"/>	Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular
<input type="checkbox"/>	Viagem ou mudança de domicílio
<input type="checkbox"/>	Dificuldades com a rede/agendamento
<input type="checkbox"/>	Sem interesse em manter o plano
<input type="checkbox"/>	Migração ou mudança de plano para outra operadora
<input type="checkbox"/>	Insatisfeito com o atendimento do plano
<input type="checkbox"/>	Dificuldades na autorização

<input type="checkbox"/>	Sem condições de manter o plano
<input type="checkbox"/>	Plano está muito caro
<input type="checkbox"/>	Portabilidade de carências (Obrigatório apresentar o comprovante de portabilidade)

6. DADOS BANCÁRIOS**Preenchimento obrigatório quando o titular realiza o pagamento à operadora via boleto.**

Banco	Agência (com dígito)	Conta (com dígito)	CPF
Nome do titular da conta			Tipo de conta (não pode ser conta salário) <input type="checkbox"/> Conta corrente individual <input type="checkbox"/> Conta corrente conjunta <input type="checkbox"/> Conta poupança

7. INFORMAÇÕES DA OPERADORA**Plano individual/familiar com responsável financeiro diferente do titular?**

<input type="checkbox"/> Sim *Consultar no sistema: responsável financeiro e responsável pelo contrato.	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

Campo exclusivo de preenchimento da operadora

ATENDENTE	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	DATA E HORA DA CIENCIA DA OPERADORA
-----------	--------------------------	-------------------------------------

DATA: ___/___/___

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL