|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO TOTAL PESSOA JURÍDICA - PJ** | |
|  | |
| 1. **DADOS DA OPERADORA:** | |
| Unimed Sobral – Sociedade Cooperativa Médica LTDA | CNPJ: 07.649.106/0001-60 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DADOS DO(A) CONTRATANTE:** | | | |
| **Razão social da empresa:** | |  | |
| **CNPJ:** |  | | **Código da empresa:** |
| **Nome do responsável legal:** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DADOS DOS TITULARES E/OU DEPENDENTES EXCLUÍDOS:** | | |
| **Solicitamos o CANCELAMENTO TOTAL e a exclusão do (s) beneficiário (s) abaixo relacionados, vinculados à contratante acima especificada. (Caso seja superior as linhas abaixo, anexar uma relação à parte).** | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 1. **MOTIVO DO CANCELAMENTO:** | | |
| Mudança de plano | | |
| Inadimplência PJ  Contrato cancelado pela empresa (sem débito existente)  Contrato cancelado pela empresa (com débito existente)  Cancelamento de contrato por descumprimento da RN 557/ANS | | |
| Óbito \*(Obrigatório apresentar a certidão de óbito) | | |
| Outros | | |
| **OBSERVAÇÕES:** | |  |
|  | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES SOBRE O EFEITO DO CANCELAMENTO:** |
| **O ingresso do beneficiário em um novo plano de saúde implicará em:**   1. Cumprimento de novos períodos de carência; 2. Perda do direito à portabilidade de carências; 3. Preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, acarretará no cumprimento de cobertura parcial temporária – CPT; e 4. Perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar; |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES IMPORTANTES CONFORME RN N°561 DE 15/12/2022 DA ANS** |
| 1. A Pessoa Jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processo da exclusão; 2. A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora; 3. Os dependentes vinculados ao titular do plano excluído também serão excluídos na mesma ocasião; 4. Caso exista coparticipação devida e ainda não cobrada, a Unimed Sobral emitirá cobrança com os valores da coparticipação; 5. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, ocorrerão por sua conta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data de exclusão:** |  |

Caso deseje prosseguir, por gentileza, assine o formulário, declarando estar ciente das informações acima prestadas.

Declaro, para os devidos fins que estou ciente de todas as informações acima mencionadas.

|  |
| --- |
|  |
| **Assinatura e carimbo do (a) contratante** |

|  |
| --- |
|  |
| **Assinatura do colaborador Unimed Sobral** |

**Sobral/CE** **de**  **de** **.**