

Para beneficiários que possuem **CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS – CE**, o sistema deve habilitar a opção do preenchimento também das informações solicitadas abaixo:

Nome da Empresa Contratante:	Dia da solicitação na empresa:
Plano:	Registro do Plano:

#### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ e, participante no plano de saúde, contratado pela \_\_\_\_\_ junto a UNIMED RECIFE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, **DECLARO** para os devidos fins que fui devidamente COMUNICADO(A), no ato da minha solicitação de cancelamento/exclusão do plano de saúde, ocorrido nesta data, que perderei **o possível direito de permanecer na condição de ex-funcionário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado** no Plano de Saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, a que se refere o direito garantido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação vigente nesta data.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

O preenchimento da declaração acima não se aplica, pois solicitei apenas a exclusão de um dependente.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

ANS - nº 34.498-5 | Diretora Técnica Médica | Dr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes C. de Araújo | Cremepe: 3367



**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO**  
(Em acordo com o artigo nº 15 da RN 412/2016)

Apenas para contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.  
Na solicitação do cancelamento do contrato de plano deverão ser prestadas as informações abaixo de forma clara e precisa:

**1- O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:**

- A) No cumprimento de novos períodos de carência. (observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998);
- B) Na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido. (Nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998);
- C) Preenchimento de nova declaração de saúde e eventual imposição de cobertura parcial temporária (CPT);
- D) Na perda imediata do direito de remissão (que é o direito de permanecer no plano após a morte do titular), quando houver. (devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar);

**2- Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário** (a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios);

**3- Não há direito de arrependimento;**

**4- Não isenção de contraprestações ou coparticipações já devidas;**

**5- Eventuais utilizações posteriores à solicitação de cancelamento irão correr à custa do beneficiário, inclusive nos casos de urgência ou emergência;**

**6- A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;**

**7- A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão cancelará automaticamente o plano para seus respectivos dependentes;**

**8- O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime o pagamento de multa rescisória, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses;**

**9- A Operadora não está obrigada a prestar os serviços solicitados após a data do pedido de cancelamento/exclusão, mesmo que já tenham sido autorizados.**

REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO/CANCELAMENTO NA UNIMED RECIFE - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO			
Nome do Titular: _____		Protocolo: _____	
CPF: _____	Telefone: _____	Código da carteirinha: 034.	
E-mail: _____		Logradouro: _____	
Nº: _____	Complemento: _____	CEP: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	

Eu, \_\_\_\_\_, Titular solicito o desligamento do plano de saúde da Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico do meu grupo familiar.

- ( ) Do próprio Titular
- ( ) Do(s) seguinte(s) dependente(s)

Código: _____	Nome: _____

Por favor, informar os dados bancários do TITULAR/ RESPONSÁVEL FINANCEIRO abaixo para o caso de haver alguma devolução por parteda Operadora:

Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**QUAL O MOTIVO DO CANCELAMENTO DO PLANO:**

- ( ) Adquiriu outro plano
- ( ) Desinteresse
- Outros: \_\_\_\_\_
- ( ) Condições financeiras
- ( ) Insatisfação com a operadora

**Obs<sup>3</sup>:** Para contratos individuais/ familiares, caso seja necessária a reemissão do boleto com o novo valor, por favor, entrar em contato com o nosso setor financeiro através do email: boletos@unimedrecife.com.br;

**Obs<sup>2</sup>:** Serão considerados os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário de outro plano da nossa Operadora, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos;

**Obs<sup>3</sup>:** Poderão ser impostos novos períodos de carências para as coberturas em rede, acomodação e abrangência mais amplos que o plano anterior.

**Obs<sup>4</sup>:** Em caso de exclusão e consecutiva inclusão em produto coletivo empresarial, não serão perdidos os direitos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, caso sejam devidos nos moldes da Resolução Normativa da ANS nº 279 de 2011.

**Obs<sup>5</sup>:** Para cancelamento de contrato por motivo de óbito, favor contactar nosso setor de Cadastro: 3413-8040 ou Call Center: 0800-281-5917.

A partir da ciência da Unimed Recife será realizado o cancelamento/exclusão solicitado acima, e no prazo de 10 (dez) dias úteis será enviado o comprovante da operação, conforme previsão expressa na Resolução Normativa de nº 412/2016 e suas alterações.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h Assinatura: \_\_\_\_\_