



FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO A PEDIDO DO
BENEFICIÁRIO – PJ – RN 412

CADASTRO

RQ-CAD-050
Versão: 1

Exclusão de: () Titular+Dependente(s) () Dependente(s)

CONTRATANTE

Razão social: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLICIA FEDERAL EM CURITIBA				
Endereço: Rua. João Schleder Sobrinho	N.º: 20	Bairro: Boa Vista	Cidade: Curitiba	UF: PR
CNPJ: 04.393.442/0001-04	Inscrição Estadual: ISENTA	Telefone: (41)3252-5217	Fax:	

OPERADORA

UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ				Registro ANS: 31272-0	
Endereço: RUA ANTÔNIO CAMILO	N.º: 283	Bairro: TARUMÃ	Cidade: CURITIBA	UF: PR	
CNPJ: 78.339.739/0001-30	Inscrição Estadual: ISENTA	Telefone: 41 3219 1500	Fax: 41 3219 1500		

TITULAR

Nome:	Cartão:	CPF:
-------	---------	------

DEPENDENTE(S)

Nome:	Cartão:	CPF:
Nome:	Cartão:	CPF:
Nome:	Cartão:	CPF:
Nome:	Cartão:	CPF:
Nome:	Cartão:	CPF:
Nome:	Cartão:	CPF:

TERMO DE CIÊNCIA DE DIREITOS E RESTRIÇÕES DIANTE DO PEDIDO DE EXCLUSÃO
(PARA PREENCHIMENTO DO TITULAR)

Eu, _____, solicito que seja realizada a exclusão do(s) beneficiário(s) acima discriminado(s), bem como **declaro estar ciente dos direitos e restrições decorrentes da minha decisão**, de acordo com o disposto no artigo 15 da Resolução Normativa nº 412/16 (e suas atualizações) da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme descrito a seguir:

Rubricar



FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO A PEDIDO DO
BENEFICIÁRIO – PJ – RN 412

CADASTRO

RQ-CAD-050
Versão: 1

1. O pedido de exclusão terá EFEITO IMEDIATO, **a partir da data da ciência da operadora** de plano de saúde, e possui caráter IRREVOGÁVEL, ou seja, NÃO SERÁ PERMITIDO O DIREITO DE ARREPENDIMENTO POSTERIOR.
2. A partir da data da exclusão, todos os procedimentos previamente agendados/autorizados, em favor do(s) beneficiário(s) elencados acima, **serão automaticamente cancelados**, impossibilitando, portanto, a utilização dos serviços, ainda que de posse de documento ou informação de liberação no prazo de validade.
3. A partir da data, hora e minuto da exclusão, **não será permitida a utilização do plano de saúde**, MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
4. Futuramente, caso opte por solicitar nova inclusão neste plano ou por contratar novo plano de saúde, seja com esta ou outra operadora, haverá a incidência de **novos períodos de carência**, preenchimento de **nova Declaração de Saúde** e, na constatação de doença ou lesão preexistente, será determinado o **cumprimento de CPT – Cobertura Parcial Temporária**, que autoriza a suspensão de cobertura para procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade, bem como leitos de alta tecnologia (UTI/CTI), diretamente relacionados com a patologia identificada, pelo período de 24 meses a contar da nova contratação ou adesão.
5. A exclusão do(s) beneficiário(s) no plano **impossibilita a realização de portabilidade** ou reaproveitamento de carências.
6. Haverá a perda imediata de quaisquer benefícios relacionados com a isenção de mensalidades, quando do falecimento do titular, eventualmente contratados (direito de remissão), devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar.
7. As mensalidades e coparticipações devidas, pela utilização dos serviços realizados até a data da exclusão, serão processadas pela pessoa jurídica contratante da forma habitual.



FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO A PEDIDO DO
BENEFICIÁRIO – PJ – RN 412

CADASTRO

RQ-CAD-050
Versão: 1

8. **A utilização indevida** do plano, ou seja, após a data da exclusão, ACARRETARÁ NA COBRANÇA INTEGRAL DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS, a qual se dará por intermédio da pessoa jurídica contratante.
9. **A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes**, uma vez que a participação do grupo familiar depende da permanência do titular no plano de saúde.
10. Após o preenchimento deste formulário na Empresa, o pedido será direcionado à **operadora para que processe a data, hora e minuto da exclusão** e encaminhe ao beneficiário titular, conforme dados informados abaixo, o Recibo de Solicitação de Exclusão e o Comprovante de Efetiva Exclusão:

E-mail 1:		E-mail 2:	
Rua:		Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone fixo: ()	Telefone celular: ()	Telefone p/ recado: ()	

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CONTRATANTE

DATA / /