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

**CONTRATANTE**

|  |
| --- |
| Razão social: **ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLÍCIA FEDERAL - CURITIBA** |
| Endereço:  **RUA JOAO SCHLEDER SOBRINHO** | N.º: **20** | Bairro: **BOA VISTA** | Cidade:  **CURITIBA** | UF: **PR** |
| CNPJ: **04.393.442/0001-04** | Inscrição Estadual: **ISENTO** | Telefone: **41 3252-5217** | Fax: **41 3253-2802** |

**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:

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,** salvo se esta última for o motivo do pedido de exclusão.
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.
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      /     /