



# Solicitação de Exclusão de Beneficiário Titular em Plano Coletivo Empresarial<sup>1</sup>

**Unimed**   
Vitória

## DADOS DO CONTRATANTE/TITULAR

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATANTE

NOME DO TITULAR	CPF DO TITULAR
NÚMERO DO CARTÃO <b>080.</b>	TELEFONE DO TITULAR ( )
E-MAIL DO TITULAR	

## MOTIVO DE EXCLUSÃO<sup>2</sup> (MARQUE UM "X" NO MOTIVO DE EXCLUSÃO CORRESPONDENTE)

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A – INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR <sup>3</sup> (RN 561) | <input type="checkbox"/> D – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA | <input type="checkbox"/> G – APOSENTADORIA  | <input type="checkbox"/> J – FRAUDE |
| <input type="checkbox"/> B – PEDIDO DE DEMISSÃO                                       | <input type="checkbox"/> E – RESCISÃO POR ACORDO                 | <input type="checkbox"/> H – ÓBITO          |                                     |
| <input type="checkbox"/> C – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO COM JUSTA CAUSA                      | <input type="checkbox"/> F – TÉRMINO DE CONTRATO                 | <input type="checkbox"/> I – INADIMPLEMENTO |                                     |

## INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS (PARA EXCLUSÃO PELOS MOTIVOS D ou G):

DATA DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO:	/ /	O EX-EMPREGADO CONTRIBUÍA <sup>4</sup> SIM <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> COM O PLANO DE SAÚDE?	PERMANECEU NA MESMA EMPRESA APÓS APOSENTADORIA, CONTRIBUINDO COM O PLANO?	<input type="checkbox"/> SIM
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA UNIMED VITÓRIA:	( ) MESES	TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA OUTRA OPERADORA:	( ) MESES	<input type="checkbox"/> NÃO
PERMANÊNCIA NO PLANO DE INATIVOS: <sup>6</sup>				INFORME A OPERADORA:
<input type="checkbox"/> OPTOU EM MANTER O PLANO <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> RECUSOU MANTER O PLANO <sup>8</sup>				

## OBSERVAÇÃO

Os dados pessoais informados no presente Termo de Exclusão serão tratados pela UNIMED VITÓRIA conforme os princípios e obrigações estabelecidos pela Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (“LGPD”) com o propósito de cumprimento de obrigação legal ou regulatória e execução do contrato. A UNIMED VITÓRIA realizará os tratamentos da forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletadas como confidenciais. **Caso os dados pessoais informados sejam relativos a crianças ou adolescentes, o responsável legal autoriza o seu tratamento.** O titular dos dados é livre para exercer, a qualquer momento, os seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais.

**Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na POLÍTICA DE PRIVACIDADE, disponível em <http://www.unimedvitoria.com.br>.**

**1 É obrigatório o preenchimento de todos os campos desse formulário.**

**2** Em caso de demissão, término de contrato, exoneração ou aposentadoria, o beneficiário titular e os seus dependentes, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano, poderão exercer a portabilidade de carências, nos termos da respectiva Resolução Normativa vigente. Por isso, a **solicitação de exclusão pelos motivos B, C, D, E, F, G e J deverá vir acompanhada do Comunicado de Exclusão e do Direito à Portabilidade de Carências** devidamente assinado pelo beneficiário titular.

**NOTA:** As exclusões pelos motivos A, B, C, E, F, H, I ou J não dão direito à manutenção do plano de saúde como inativo. Somente as exclusões pelos motivos D e G podem dar direito à manutenção do plano de saúde.

**3 Art. 15, RN n.º 561**

Conforme as determinações do art. 15 da Resolução Normativa (RN) n.º 561 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou norma que vier a substitui-la, informamos que o pedido de exclusão de beneficiário do plano de saúde coletivo importará nas seguintes consequências:

I) Quando o(a) senhor(a) ingressar em um novo plano de saúde:

a) terá que **cumprir novos períodos de carências** (art. 12, V, Lei n.º 9.656/1998).  
b) será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde e se existir Doença ou Lesão Preexistente (DLP), poderá ser **exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, que suspende a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos pelo prazo de até 24 meses.

c) haverá a **perda imediata de quaisquer benefícios de isenção** de mensalidade (remissão), devendo arcar com o pagamento da mensalidade do novo plano.

II) **Não será possível realizar a portabilidade** de carências nos termos previstos na RN n.º 438 da ANS ou norma que vier a substitui-la, caso não tenha sido este o motivo do pedido.

III) **Efeito imediato e caráter irrevogável** da solicitação de exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora.

IV) As despesas de mensalidades e coparticipações devidas pela utilização ou realização de serviços até esta data serão de sua responsabilidade.

V) A partir da solicitação de exclusão do beneficiário, a operadora não custeará nenhuma despesa, nem nos casos de urgência ou emergência, correndo por sua conta o pagamento integral pela realização de qualquer procedimento.

VI) **A exclusão do titular do plano de saúde implicará na exclusão de todos os seus dependentes**, exceto se o contrato estabelecer expressamente de forma diversa.

VII) Perda do direito ao benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/1998, mesmo que seja demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado e já tenha contribuído para o custeio do plano de saúde anteriormente.

**NOTA:** Exclusões por INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN 561) serão realizadas com a data da exclusão coincidindo com a data da ciência da operadora. As exclusões pelos demais motivos serão realizadas conforme contrato celebrado entre as partes.

**4 Para manutenção do plano de saúde como inativo** considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária (mensalidade) de seu plano de saúde.

**Não se caracteriza como contribuição:**

- o pagamento de qualquer valor referente aos dependentes;  
- o desconto em folha referente ao pagamento de coparticipação pela realização de procedimentos.

**5 É obrigatório o envio do Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde** devidamente assinado pelo Titular.

**6** Somente para exclusão em razão de demissão ou exoneração sem justa causa, ou aposentadoria.

**7** A inclusão do demitido ou exonerado sem justa causa no plano de inativos será realizada somente com o Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, o Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde como inativo, comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular e Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho. A inclusão do aposentado no plano de inativos será realizada somente com o Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, o comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular, Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e Carta de Concessão de Aposentadoria.

**8** A exclusão do demitido ou exonerado sem justa causa ou do aposentado que tenha contribuído com o plano somente será realizada se acompanhada do Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde.

## ASSINATURA

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA / ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (SE EXCLUSÃO PELO MOTIVO A)

DATA DA SOLICITAÇÃO

RECEBIDO POR

DATA DO RECEBIMENTO