Para uso da UnimedJF:
Modalidade: 24_____/ _____
Modalidade: 41_____/_____

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO – PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Exclusão a pedido:	☐ do Beneficiário	☐ da Instituição

1 . DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Juiz de Fora	17689407000170	306886

2 . DADOS DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	☐ Campus Juiz de Fora ☐ Campus Governador Valadares

3. DADOS DO(A) TITULAR (TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS)

NOME				
CPF		SIAPE		
E-MAIL				
TELEFONE CELULAR COM DDD	TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD	TELEFONE COMERCIAL COM DDD		
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA				NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF

☐ Solicito a exclusão do titular e dependente(s) abaixo relacionado(s); ou
☐ Solicito a exclusão do(s) dependente(s) abaixo relacionado(s)

A exclusão terá efeito a partir da data de recebimento deste formulário pela Operadora

Motivo	Código do Cartão	Nome	Data do óbito*

**Quando a exclusão for pelo motivo 76 é obrigatório o preenchimento da data do óbito e apresentar a certidão de óbito.*

MOTIVOS DE EXCLUSÃO			
76	Óbito*	**95**	Motivo pessoal
64	Não usa o plano	**82**	Problemas financeiros
58	Migração para outra operadora	**75**	Migração ou mudança de plano na mesma Unimed
60	Insatisfeito com o atendimento do plano	**56**	Viagem ou mudança de domicílio
136	Exoneração/Vacância/Redistribuição		
Outros:			

4. CIÊNCIA

Estou ciente que:

a) Os dependentes inscritos em plano regulamentado ou adaptado que perderam o vínculo com o plano, seja por falecimento do titular ou perda da condição de dependente, tem o prazo de 60 dias a partir da data da ocorrência para exercer a portabilidade especial de carências, em conformidade com os normativos vigentes da ANS para um plano individual/familiar ou coletivo por adesão em qualquer operadora;
b) Como responsável por este contrato, comprometo-me a informar os dependentes sobre este direito;
c) Sou responsável pelas informações acima preenchidas.

_____
Assinatura

Data:

Para uso da UnimedJF:
Modalidade: 24_____/ _____
Modalidade: 41_____/_____

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Prezado(a) beneficiário(a), cumpre-nos prestar esclarecimentos sobre as consequências decorrentes da exclusão do plano de saúde.

1. O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante a sua exclusão ou de seu dependente.
2. A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 dias. A partir da ciência da operadora a exclusão terá efeito imediato e caráter irrevogável. A reativação em caso de arrependimento não será possível;
3. Expirado o prazo de 30 dias sem que a pessoa jurídica comunique a operadora a exclusão, o beneficiário titular poderá solicitar diretamente à operadora, mediante comprovação do pedido feito a pessoa jurídica contratante;
4. Excepcionalmente em caso de óbito, a exclusão do referido beneficiário terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento, mediante comunicação e apresentação da cópia do atestado de óbito.
5. As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir do momento da solicitação de exclusão do beneficiário;
6. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário.
7. 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 e emergência, correrão por sua conta.
8. A solicitação de exclusão de beneficiário, em caso de eventual ingresso/reingresso no plano de saúde, poderá importar:
   a) No cumprimento de novos períodos de carência;
   b) No preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT), por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão em novo plano, a suspensão de: procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;
   c) Perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde, como por exemplo remissão quando houver contratado, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
   d) Adesão nas condições atuais do contrato 32/2023.

Eu, _____, CPF nº: _____, estou ciente das informações acima prestadas e manifesto a minha vontade em:

☐ Realizar a minha exclusão e de meu(s) dependente(s), mediante preenchimento do formulário de exclusão;
☐ Realizar a exclusão de meu(s) dependente(s), mediante preenchimento do formulário de exclusão;

_____
Assinatura

Data: _____

CAMPO EXCLUSIVO DE PREENCHIMENTO DA OPERADORA		
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA OPERADORA (data)	RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO (assinatura e carimbo)	HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Para uso da UnimedJF:
Modalidade: 24_____/ _____
Modalidade: 41_____/_____

TERMO DE RESPONSABILIDADE
PELA NÃO DEVOLUÇÃO DO (S) CARTÃO (ÕES) UNIMED JUIZ DE FORA

Eu, , CPF nº , assumo total responsabilidade por qualquer despesa realizada junto à Rede Credenciadora advinda do uso do(s) cartão (ões) do(s) beneficiário(s) abaixo relacionado(s), a partir de minha exclusão do plano de saúde.

Reafirmo que estou totalmente ciente de que as despesas decorrentes de eventuais utilizações indevidas dos serviços após a data de solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de minha responsabilidade.

Relação de beneficiários que não tiveram os cartões devolvidos (titular e dependentes legais):

Beneficiário	CPF

Estou ciente de que as carteirinhas de agregados deverão ser devolvidas diretamente na UNIMED Juiz de Fora e que qualquer uso das mesmas será de minha responsabilidade.

Por ser verdade firmo o presente, dato e assino.

, de de .

_____
Assinatura