

INFORMAÇÕES AOS BENEFICIÁRIOS TITULARES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

Eu, **IRENE MARIA DE FATIMA SANTOS**, código do cartão **092.1108.800000.00.4**, residente a **RUA DOS ESTUDANTES, 215**, bairro **JD CPOS VERDES**, CEP **13186-170**, cidade **MOGI GUAÇU, SP**, telefone **(19) 99463-0220** e e-mail **irene.maria@gmail.com**, titular do plano de assistência médico hospitalar com a Unimed Regional da Baixa Mogiana, **solicito:**

() Cancelamento do titular e dependentes

(x) Cancelamento de dependente: Qual (is):

1. Nome: Luizma Fatima Lucinda

2. Nome: _____

3. Nome: _____

Estou ciente das Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde, conforme o Artigo 15 da Resolução Normativa 412/2016 da Agência Nacional de Saúde, que são:

I – 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) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;
- d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - 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;

III – 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;

IV - 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 ou emergência, correrão por sua conta;

V – 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; e

VI – A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

De acordo com as informações acima e devidamente esclarecido solicito minha exclusão para:

Data da exclusão: 12/06/2025.

Hora da exclusão: 11:36.

Motivo da exclusão: ☒ opção () maioria () financeiro () óbito () transferência

Mogi Mirim, 12 de Junho de 2025.


IRENE MARIA DE FATIMA SANTOS
CPF: 635.560.226-72