



www.unimedteresina.com.br
 Rua São João, 1262. Centro Sul
 64001-360, Teresina-PI
 T. (86) 2107-8000

Dr. Emmanuel Augusto de C. Fontes
 Diretor - Técnico - Médico
 CRM - PI 1912
 ANS - 353353



SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Eu, _____,
 portador (a) do RG nº _____ órgão emissor: _____ UF _____ e do
 CPF nº _____, residente no endereço
 _____, nº _____, bairro
 _____, complemento _____, CEP
 _____, cidade _____, UF _____, telefone
 (____) _____, venho solicitar o cancelamento do (s) plano (s)
 abaixo:

NOME	Nº CARTEIRA	CPF	DEPENDÊNCIA
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE

CONTRATO Nº: _____

HORÁRIO DO CANCELAMENTO: ____:____

Motivos do Cancelamento:

- Óbito; Financeiro; Residir em outro Estado / País;
 Produto não condiz com o oferecido ; Transferência de plano PF para PJ;
 Transferência de plano PJ para PF; Portabilidade de Carências;
 Mudança para outra Operadora - Qual? _____
 Motivo: _____
 Outros: _____.

Insatisfação com o plano:

- Autorização de procedimentos;
 Atendimento na Sede da Unimed Teresina;
 Atendimento Telefônico;
 Rede Credenciada (Cooperados, Clínicas, Hospitais, Laboratórios);
 Outros: _____.

Teresina, _____ de _____ de 20____.

 Assinatura do usuário ou responsável



Membro da Aliança
 Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
 Roberto Rodrigues

ANS - nº353353



www.unimedteresina.com.br
Rua São João, 1262. Centro Sul
64001-360, Teresina-PI
T. (86) 2107-8000



TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____ declaro pelo presente termo, estar ciente que a Solicitação de Cancelamento em anexo tem efeito imediato a partir da data constante no comprovante de recebimento disponibilizado pela Operadora.

Teresina, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do usuário ou responsável



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº353353



www.unimedteresina.com.br
Rua São João, 1262. Centro Sul
64001-360, Teresina-PI
T. (86) 2107-8000



Nº PROTOCOLO:

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO - SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO

A Operadora Unimed Teresina - Cooperativa de Trabalho Médico confirma o recebimento da Solicitação de Cancelamento de Plano de Saúde realizada pelo (a) Sr (a). _____ em ___/___/___.

Assinatura - Atendente

ORIENTAÇÕES

Em conformidade com o Art. 15 da RN nº 412/16 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a Operadora presta as seguintes informações:

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.

Recebido por: _____ CPF _____

Data do Recebimento: ___/___/___.



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº353353