

FORMULARIO DE EXCLUSÃO - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Empresa Contratante: 42 DESENVOLVIMENTO E CONSULTORIA LTDA

Nº do Contrato: 15494

Exclusão de: (X) Titular e Dependente(s) () Dependente(s)

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS A SEREM CANCELADOS

Nome do Beneficiário	Código do Cartão	Cód. Motivo
MARIO CASAS MESQUITA	0026.15494.10000.00-5	12

CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO

02	Preço não suportado pelo cliente	08	Perda da condição de dependência
03	Qualidade da rede	09	Óbito
04	Mudança para outra Operadora	10	Demissão sem justa causa
05	Mudança de Estado/Cidade/País	11	Demissão com justa causa
06	Insatisfação com o atendimento da Operadora	12	Pedido de demissão
07	Baixa utilização	13	Migração/Alteração contratual

DADOS PARA CONTATO

E-mail 1: mariocmesquita19@gmail.com

Rua:	Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	UF: AC Cep:
Telefone Fixo: ()	Telefone Celular: ()	

A Unimed Blumenau utilizará os dados declarados para realizar toda e qualquer comunicação ao beneficiário acerca desta solicitação de exclusão.

PARA DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS

1) O titular já está aposentado? (X) NÃO () SIM - Caso Positivo, informar a data da aposentadoria: ____/____/____

2) O titular contribuiu no pagamento da mensalidade do seu plano? (X) NÃO () SIM, por _____ meses.

3) De acordo com o disposto na legislação vigente da ANS, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição em caso de demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Contribuiu financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício;
- b) Assuma o pagamento integral da mensalidade do seu plano de saúde; e
- c) Faça a opção pela manutenção do plano dentro de 30 (trinta) dias contados a partir do comunicado do empregador acerca deste direito.

Desta forma, o beneficiário titular declara ciência dos direitos e obrigações quanto a manutenção do plano na condição de ex-empregado e afirma que:

- () Opta pela manutenção do plano;
- () Não opta pela manutenção do plano.

Não havendo indicação dos itens acima, o beneficiário declara que manifestará seu interesse no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de assinatura deste documento.

Importante: Optando pela manutenção ao benefício, será necessário encaminhar o Termo de Adesão ao Benefício de Ex-empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado devidamente preenchido e assinado, e demais documentos exigidos pela OPERADORA.

CANCELAMENTO POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR**Preenchimento obrigatório para os Motivos de Cancelamento: 02, 03, 04, 05, 06, 07 e 08**

O beneficiário titular solicita que seja realizada a exclusão do(s) beneficiário(s) acima discriminados, bem como **declara estar ciente dos direitos e restrições decorrentes da decisão**, nos moldes previstos pela legislação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Ainda, confirma ciência:

1. Para que este pedido tenha efeito, é necessário preencher corretamente os dados para contato;
2. Não havendo o preenchimento correto e completo o pedido talvez não será finalizado, gerando despesas até que o beneficiário titular refaça o pedido de forma regular;
3. O simples fato de preencher este formulário NÃO significa o seu cancelamento imediato. Depende da data em que a Unimed Blumenau receber esta solicitação. Durante este período poderão ocorrer cobranças das despesas geradas.
4. **Ainda sobre esta solicitação de exclusão, importante esclarecer que:**
 - a) O pedido de exclusão terá EFEITO IMEDIATO, a partir da data da ciência da operadora de plano de saúde, possuindo caráter irrevogável, ou seja, não será permitido o direito de arrependimento posterior.
 - b) As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir da data da exclusão.
 - c) 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.
 - d) É de responsabilidade da contratante o pagamento de quaisquer atendimentos realizados a partir da exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência.
 - e) O pagamento das mensalidades vencidas e eventuais coparticipações, dos serviços realizados antes da exclusão são de responsabilidade da contratante.
 - f) Ocorrerá a perda imediata do direito de quaisquer serviços adicionais ao plano de saúde, quando contratado, a exemplo do período de remissão, que consiste na continuidade do plano dos dependentes sem cobrança de mensalidades após o óbito do titular.
 - g) Ocorrendo a exclusão do beneficiário titular automaticamente seus dependentes serão excluídos devido à perda de vínculo com a empresa contratante.
 - h) O ingresso em novo plano de saúde importará no cumprimento de novos períodos de carência (quando aplicáveis), perda do direito ao exercício da portabilidade de carência (quando aplicável), no preenchimento de nova Declaração de Saúde e cumprimento de Cobertura Parcial Temporária em caso de doença ou lesão preexistente, condições atualizadas de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, entre outros.
 - i) Após o preenchimento deste formulário na Empresa, o beneficiário titular concorda que o pedido será direcionado à **operadora para que processe a data, hora e minuto da exclusão** e encaminhe o Comprovante de Solicitação de Exclusão e o Comprovante da Efetiva Exclusão, conforme dados informados neste documento.

COMUNICADO REFERENTE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**Para os Motivos de Cancelamento: 08, 10, 11 e 12.**

O beneficiário declara que recebeu uma via do comunicado referente o direito ao exercício da portabilidade de carências em decorrência da extinção de vínculo.

A CONTRATANTE, bem como o beneficiário titular, declaram estar de acordo com as informações descritas neste documento.

Data: 12 / 10 / 2025

42DEV CNPJ: 48908309000100

Assinatura beneficiário titular

Blumenau, 12 de Outubro de 2025

Direito ao exercício da Portabilidade de Carências por Perda de Vínculo

Prezado(a) beneficiário(a),

Em função da exclusão do(s) beneficiário(s) abaixo citado(s) do plano de saúde, comunicamos o direito ao exercício da portabilidade de carências por perda de vínculo nos termos da legislação em vigor, publicada pela Agência Nacional de Saúde-ANS.

Esclarecemos que a portabilidade de carências por perda de vínculo é a possibilidade do beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, na mesma operadora ou outra operadora, com aproveitamento dos períodos de carências e Cobertura Parcial Temporária-CPT já cumpridos no plano origem.

Para exercer o direito à portabilidade de carências será necessário acessar o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, www.ans.gov.br, e emitir o relatório de compatibilidade de planos através do "Guia ANS de Planos de Saúde", bem como atender os requisitos estabelecidos na legislação em vigor.

Abaixo seguem informações do(s) beneficiário(s) para o exercício da portabilidade:

Código do Beneficiário	Nome do Beneficiário	Valor da Mensalidade (R\$)
0026.15494.10000.00-5	MARIO CASAS MESQUITA	359,78

IMPORTANTE: O prazo para exercer a portabilidade de carências em qualquer operadora de planos de saúde é de 60 (sessenta) dias a partir do recebimento deste comunicado.

Colocamo-nos à sua disposição para esclarecimentos adicionais, através do telefone: 0800 647 0026.

Atenciosamente,
Unimed Blumenau
Cooperativa de Trabalho Médico