



## **SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE SINTIMMMEB SAUDE**

### **SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**

À **SINTIMMMEB SAUDE** - CNPJ Nº 21.205.801/0001-63,

Departamento de Cancelamentos,

Eu, **MARIANE RENATA TURO**, **BRASILEIRO(A)**, **SOLTEIRO/SOLTEIRA**, inscrito no CPF sob o Nº 05756761918 e no RG sob o Nº 5383509, residente e domiciliado(a) à , Bairro , Cidade , Estado , venho através desta requerer o cancelamento imediato do **PLANO DE SAÚDE** do(a) meu(minha) **DEPENDENTE** com matrícula 014000100029000, **MARIANE RENATA TURO**, **BRASILEIRO(A)**, **SOLTEIRO/SOLTEIRA**, inscrito no CPF sob o Nº 05756761918 administrado pela **SINTIMMMEB SAÚDE**, através do **SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDUSTRIAS METALÚRGICAS, MECÂNICAS E DO MATERIAL ELÉTRICO DE BRUSQUE - SINTIMMMEB**, tendo ciência que o plano é coletivo por adesão.

Estou ciente que foi me informado as consequências abaixo referente a exclusão do plano de saúde, conforme trata a RN ANS 412:

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.

Além disto, me comprometo a quitar eventuais débitos de procedimentos que meu(minha) dependente realizou

antes de cancelar o plano, porém, a cobrança decorrerá após o pedido de cancelamento. Desde já, estou ciente que a partir do cancelamento efetivo do PLANO, **MEU DEPENDENTE**, estará sem a assistência do PLANO DE SAÚDE.

Confirmando que recebi uma cópia deste e concordo com todos os itens.

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO NÚMERO: 02.2017.00000049

BRUSQUE, 31 de Jul 2017. Horário 15:35

---

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR