

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Eu, _____,
portador do CPF: _____, HMC _____ colaborador (a) da
HYUNDAI MOTOR BRASIL MONTADORA DE AUTOMÓVEIS LTDA., solicito a exclusão de meu(s)
dependente(s) listado(s) abaixo, do(s) seguinte(s) benefício(s):

- Assistência Médica – Unimed Fesp Assistência Odontológica - Odontoprev
 Convênio Farmácia - Funcional

Dados completos do(s) dependente(s) a serem excluídos:

Nome completo	Grau de parentesco	Data de Nascimento

Declaro estar ciente de que o(s) dependente(s) deverá(ão) cumprir as carências vigentes
relativas à Assistência Médica, descritas abaixo, em caso de reativação do(s) benefício(s).

Procedimento	Carência
Urgência/ Emergência	24 horas
Consultas e Exames Complementares	30 dias
Exames e Procedimentos Especiais	90 dias
Atos e Cirurgias Ambulatoriais em Consultório ou em ambulatório	90 dias
Sessões de terapia ocupacional	90 dias
Sessões de Acupuntura	90 dias
Sessões de Fisioterapia	90 dias
Sessões de Nutrição	90 dias
Sessões de Psicoterapia	90 dias
Sessões de Fonoaudiologia	90 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Diálise Peritonial - CAPD e Hemodiálise	180 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
Partos a termo	300 dias

(Local e data)

(Assinatura)



SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

São Paulo, ____ de _____ 20__.

Eu, _____ portador do
CPF: _____, RG: _____, residente e domiciliado a
_____, nº _____, complemento _____, Bairro
_____, Cidade _____, Estado _____. Venho por meio desta solicitar o
cancelamento do plano de Saúde junto à Unimed Federação do Estado de São Paulo – FESP:

() Titular:

Nº Cartão de identificação: _____

() Somente Dependentes abaixo relacionados:

Nome: _____

CPF: _____ Nº Cartão de Identificação _____

Nome: _____

CPF: _____ Nº Cartão de Identificação _____

Nome: _____

CPF: _____ Nº Cartão de Identificação _____

Dados Adicionais:

E-mail: _____

Telefone para Contato: Res. () _____ Cel. () _____

Solicitado cancelamento em: __/__/__ às __h__m.

Declaro ainda que estou ciente das seguintes condições:

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.

Nos termos do art. 7º, da RN 412:

A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

Expirado o prazo de 30 dias sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora, através do envio deste documento para o fale.conosco@unimedfesp.coop.br ou através do atendimento presencial da operadora, localizado na Rua Tamandaré, 649, 1º andar, Aclimação, São Paulo/SP.

A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Assinatura Titular