

Pedido de cancelamento de dependente - RN 561 - Plano PJ

- ☐ Portabilidade de carências e CPT para outro plano ou operadora;
- ☐ Desinteresse de permanência no plano de saúde;
- ☐ Divórcio. E-mail do cônjuge/ companheiro(a) _____.
- ☐ Outro motivo: _____.

À UNIMED CURITIBA

Eu _____, titular do grupo familiar, cartão nº _____, solicito a exclusão do meu dependente _____ do plano de saúde coletivo de ativos, atestando saber que tal medida é IMEDIATA E IRREVOGÁVEL, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios.

Declaro saber que a exclusão ocasiona os seguintes efeitos para o dependente:

- a) Impossibilidade de utilização de serviços médico-hospitalares via plano de saúde, mesmo que agendados/autorizados ou urgentes/emergenciais, a partir da assinatura do presente pedido, ainda que exista documento ou informação de liberação no prazo de validade.
- b) Impossibilidade de arrependimento.
- c) Obrigação de devolver o cartão Unimed à Unimed Curitiba ou inutilizá-lo.
- d) Obrigação de custeio integral dos procedimentos realizados após a data da exclusão, mesmo que em caráter de urgência ou emergência. Em caso de não pagamento poderá haver a inscrição nos órgãos de proteção ao crédito e as medidas judiciais cabíveis. As despesas suportadas em caráter particular não serão reembolsadas pela Unimed Curitiba.
- e) Manutenção da minha obrigação de pagar à empresa contratante as coparticipações e as mensalidades devidas correspondentes ao dependente, inclusive relativas a reajustes retroativos, mesmo que sejam cobradas após a exclusão.

Declaro saber que eventual ingresso em novo plano de saúde da Unimed Curitiba importará em:

- a) Impossibilidade de manutenção das mesmas condições contratuais, inclusive preço de mensalidade, do plano do qual o dependente está sendo excluído.
- b) Aplicação da tabela de preços de mensalidade dos produtos em comercialização e das demais condições dispostas em contrato e na legislação de saúde vigente.
- c) Cumprimento de novos períodos de carência, conforme artigo 12, inciso V, da Lei nº 9.656/98 (ressalvadas as hipóteses de isenção dispostas na legislação de saúde suplementar): 300 (trezentos) dias para parto a termo; 24 (vinte e quatro) horas para

urgência e emergência e 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos. A carência de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência garante apenas a cobertura ambulatorial quando o atendimento ocorrer antes de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) para internamento hospitalar e o plano não for referência, conforme Resolução CONSU nº. 13/98.

- d) Reaproveitamento das carências já cumpridas no contrato anterior somente se a nova contratação ocorrer sem interrupção em relação àquele, conforme súmula nº 21/2011 da ANS, ou seja, se a nova contratação ocorrer na data da exclusão ou, no máximo, no dia seguinte.
- e) Perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos da Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS.
- f) Preenchimento de nova Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada (ressalvadas as hipóteses de isenção dispostas na legislação de saúde suplementar): as doenças ou lesões preexistentes – DLP declaradas ocasionarão aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que impedirá o beneficiário de realizar procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade (PAC) e utilizar leitos de alta tecnologia (UTI/CTI), eletivos ou urgentes/emergenciais, diretamente relacionados à doença ou lesão declarada, pelo período de 24 meses a contar da nova contratação.
- g) Perda do direito de remissão, quando houver. A remissão é um benefício especial também denominado Plano de Extensão Assistencial – PEA ou Benefício Família que garante a continuidade do atendimento aos dependentes após a morte do titular, por determinado período previsto em contrato, sem a cobrança de mensalidades. Assim, na adesão a um novo plano de saúde o dependente não fará jus a isenção de mensalidade, consequentemente, deverá arcar com o custo respectivo. Na contratação de um novo plano de saúde o PEA ou Benefício Família poderá ou não estar previsto, e, caso esteja previsto, será necessário o cumprimento do prazo de carência específico e das demais condições contratuais para fruição.

A exclusão do beneficiário observará as disposições contratuais conforme disposto no Art.24 parágrafo único, incisos II e III da RN nº 557/2022.

Solicito que o comprovante da efetiva exclusão seja remetido ao seguinte e-mail:

_____.

Assinatura do titular ou do seu responsável legal

78 738 101/0001-51
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
DENTAL UNI LTDA
Rua Irmã Flávia Borset, 197
Hauer - CEP 81630-170
Curitiba - PR