



Solicitação de Exclusão de Beneficiário Titular em Plano Coletivo Empresarial ¹

Unimed 
Vitória

DADOS DO CONTRATANTE/TITULAR

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATANTE

NOME DO TITULAR

CPF DO TITULAR

NÚMERO DO CARTÃO
080.

TELEFONE DO TITULAR
()

E-MAIL DO TITULAR

MOTIVO DE EXCLUSÃO² (MARQUE UM "X" NO MOTIVO DE EXCLUSÃO CORRESPONDENTE)

- A** – INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR³ (RN 561) **D** – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA **G** – APOSENTADORIA **J** – FRAUDE
 B – PEDIDO DE DEMISSÃO **E** – RESCISÃO POR ACORDO **H** – ÓBITO
 C – DEMISSÃO/EXONERAÇÃO COM JUSTA CAUSA **F** – TÉRMINO DE CONTRATO **I** – INADIMPLEMENTO

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS (PARA EXCLUSÃO PELOS MOTIVOS D ou G):

DATA DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO: / /	O EX-EMPREGADO CONTRIBUÍA ⁴ COM O PLANO DE SAÚDE? SIM ⁵ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	PERMANECIU NA MESMA EMPRESA APÓS APOSENTADORIA, CONTRIBUINDO COM O PLANO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA UNIMED VITÓRIA: () MESES	TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA OUTRA OPERADORA: () MESES	INFORME A OPERADORA:
PERMANÊNCIA NO PLANO DE INATIVOS: ⁶ <input type="checkbox"/> OPTOU EM MANTER O PLANO ⁷ <input type="checkbox"/> RECUSOU MANTER O PLANO ⁸		

OBSERVAÇÃO

Os dados pessoais informados no presente Termo de Exclusão serão tratados pela UNIMED VITÓRIA conforme os princípios e obrigações estabelecidos pela Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (“LGPD”) com o propósito de cumprimento de obrigação legal ou regulatória e execução do contrato. A UNIMED VITÓRIA realizará os tratamentos da forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletadas como confidenciais. **Caso os dados pessoais informados sejam relativos a crianças ou adolescentes, o responsável legal autoriza o seu tratamento.** O titular dos dados é livre para exercer, a qualquer momento, os seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais.

Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na POLÍTICA DE PRIVACIDADE, disponível em <http://www.unimedvitoria.com.br>.

1 É obrigatório o preenchimento de todos os campos desse formulário.

2 Em caso de demissão, término de contrato, exoneração ou aposentadoria, o beneficiário titular e os seus dependentes, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano, poderão exercer a portabilidade de carências, nos termos da respectiva Resolução Normativa vigente. Por isso, a **solicitação de exclusão pelos motivos B, C, D, E, F, G e J deverá vir acompanhada do Comunicado de Exclusão e do Direito à Portabilidade de Carências** devidamente assinado pelo beneficiário titular.

NOTA: As exclusões pelos motivos A, B, C, E, F, H, I ou J não dão direito à manutenção do plano de saúde como inativo. Somente as exclusões pelos motivos D e G podem dar direito à manutenção do plano de saúde.

3 Art. 15, RN n.º 561

Conforme as determinações do art. 15 da Resolução Normativa (RN) n.º 561 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou norma que vier a substituí-la, informamos que o pedido de exclusão de beneficiário do plano de saúde coletivo importará nas seguintes consequências:

I) Quando o(a) senhor(a) ingressar em um novo plano de saúde:

a) terá que **cumprir novos períodos de carências** (art. 12, V, Lei n.º 9.656/1998).

b) será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde e se existir Doença ou Lesão Preexistente (DLP), poderá ser **exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, que suspende a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos pelo prazo de até 24 meses.

c) haverá a **perda imediata de quaisquer benefícios de isenção** de mensalidade (re-missão), devendo arcar com o pagamento da mensalidade do novo plano.

II) **Não será possível realizar a portabilidade** de carências nos termos previstos na RN n.º 438 da ANS ou norma que vier a substituí-la, caso não tenha sido este o motivo do pedido.

III) **Efeito imediato e caráter irrevogável** da solicitação de exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora.

IV) As despesas de mensalidades e coparticipações devidas pela utilização ou realização de serviços até esta data serão de sua responsabilidade.

V) A partir da solicitação de exclusão do beneficiário, a operadora não custeará nenhuma despesa, nem nos casos de urgência ou emergência, correndo por sua conta o pagamento integral pela realização de qualquer procedimento.

VI) **A exclusão do titular do plano de saúde implicará na exclusão de todos os seus dependentes**, exceto se o contrato estabelecer expressamente de forma diversa.

VII) Perda do direito ao benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/1998, mesmo que seja demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado e já tenha contribuído para o custeio do plano de saúde anteriormente.

NOTA: Exclusões por INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN 561) serão realizadas com a data da exclusão coincidindo com a data da ciência da operadora. As exclusões pelos demais motivos serão realizadas conforme contrato celebrado entre as partes.

4 Para **manutenção do plano de saúde como inativo** considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária (mensalidade) de seu plano de saúde.

Não se caracteriza como contribuição:

– o pagamento de qualquer valor referente aos dependentes;

– o desconto em folha referente ao pagamento de coparticipação pela realização de procedimentos.

5 É obrigatório o envio do **Termo de Ciência do Direito de Permanência** no Plano de Saúde devidamente assinado pelo Titular.

6 Somente para exclusão em razão de demissão ou exoneração sem justa causa, ou aposentadoria.

7 A inclusão do demitido ou exonerado sem justa causa no plano de inativos será realizada somente com o Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, o Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde como inativo, comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular e Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho. A inclusão do aposentado no plano de inativos será realizada somente com o Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, o comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular, Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e Carta de Concessão de Aposentadoria.

8 A exclusão do demitido ou exonerado sem justa causa ou do aposentado que tenha contribuído com o plano somente será realizada se acompanhada do Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde.

ASSINATURA

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA / ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (SE EXCLUSÃO PELO MOTIVO A)

DATA DA SOLICITAÇÃO

RECEBIDO POR

DATA DO RECEBIMENTO



Comunicado de Exclusão e do Direito à Portabilidade de Carências

Prezado(a) Cliente,

Comunicamos que, em virtude da perda da qualidade de beneficiário(a) no plano de saúde com esta operadora, sua exclusão e de seus dependentes, se houver, será efetivada na data de ciência da operadora, se a exclusão for por INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN n.º 561) ^A e para os demais motivos, a exclusão seguirá conforme as regras previstas no contrato firmado entre as partes.

Em atendimento ao disposto no art. 8.º da Resolução Normativa n.º 438 ou norma que vier a substituí-la, aproveitamos a oportunidade para informar sobre **o seu direito ao exercício da portabilidade de carências**, que será concedido desde que atendidas todas as diretrizes da normativa.

A exclusão do plano de saúde foi solicitada pelo seguinte motivo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pedido de demissão ^B | <input type="checkbox"/> Término de contrato ^F |
| <input type="checkbox"/> Demissão com justa causa ^C | <input type="checkbox"/> Aposentadoria ^G |
| <input type="checkbox"/> Demissão/Exoneração sem justa causa ^D | <input type="checkbox"/> Óbito ^H |
| <input type="checkbox"/> Rescisão por acordo ^E | <input type="checkbox"/> Fraude ^J |

- ① As exclusões realizadas pelos motivos INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR (RN n.º 561) ^A ou INADIMPLEMENTO^I **não dão direito a portabilidade de carências;**
- ② A exclusão realizada pelo motivo ÓBITO ^H **concede o direito a portabilidade de carências por parte do(s) dependente(s)** do beneficiário titular falecido.

Prazos

O prazo para o exercício da portabilidade de carências é de **60 (sessenta) dias** contados da:

- a) **data de hoje**, caso recuse ou não possua direito ao benefício de manutenção do plano de saúde, estabelecido na Lei n.º 9.656/1998 e na Resolução Normativa n.º 488 ou norma que vier a substituí-la; ou
- b) da **data da ciência do término do período de manutenção da condição de beneficiário**, caso opte por permanecer no plano de saúde como inativo, conforme artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/1998 e Resolução Normativa n.º 488 ou norma que vier a substituí-la.

Orientamos a acessar a 'Área de Clientes' no site www.unimedvitoria.com.br para informar-se sobre valor da mensalidade e período para o exercício da portabilidade.

Estamos à sua disposição para esclarecimentos adicionais pelo telefone 0800 026 0080.

ASSINATURA | BENEFICIÁRIO TITULAR

Ciente em ____/____/____

(Assinatura do titular do plano)

Nome completo:

Número do Cartão: **080**.



Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde



Prezado(a) Cliente,

Conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/1998, informamos que **você possui o direito de permanecer como beneficiário da Unimed Vitória com a mesma cobertura assistencial que possuía durante a vigência do seu contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do plano de saúde.** A manutenção da cobertura assistencial engloba todo grupo familiar ativo no período da rescisão do contrato de trabalho.

Você dispõe de **30 (trinta) dias, contados da data de ciência desse Termo**, para manifestar, por escrito, o interesse em exercer o direito legal de permanência no plano de saúde, mediante a entrega dos documentos listados abaixo em sua empresa, se optar pela permanência no momento em que for demitido/exonerado, ou para a Unimed Vitória presencialmente no setor de Relacionamento Empresarial ou através do e-mail relacionamentoesp@unimedvx.com.br, se decidir em data posterior.

- (a) Preenchimento e envio do **“Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde de Inativos”** anexo;
- (b) **Documentos relativos à rescisão do contrato de trabalho e aposentadoria**, se for o caso;
- (c) **Comprovante de endereço** atualizado, para envio de boletos e outras notificações relacionadas ao plano de saúde.

Caso você não se manifeste no prazo acima descrito, a Unimed Vitória entenderá que não há interesse em continuar com o plano de saúde.

ASSINATURA | ADMINISTRADORA/CONTRATANTE

_____, ____/____/____
(Local) (Data)

(Assinatura e carimbo da empresa)

Nome:

Cargo:

ASSINATURA | BENEFICIÁRIO TITULAR

Ciente em ____/____/____

(Assinatura do titular do plano)

Nome completo:

Número do Cartão: **080**.

 **Setor de Relacionamento Empresarial
Unimed Vitória**

Endereço: Av. Cesar Hilal, nº 700, Bento Ferreira, Vitória – ES
Telefone: (27) 3334-6500



Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde como Inativo



IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				REGISTRO NA ANS Nº 357391	
ENDEREÇO AV. CEZAR HILAL, 700, 3º ANDAR - BENTO FERREIRA - VITÓRIA - ES - CEP: 29.050-903				INSCRIÇÃO NO CNPJ 27.578.434/0001-20	TELEFONE 0800 026 0080
RESPONSÁVEL FABIANO PIMENTEL PEREIRA DEJAIR XAVIER CORDEIRO	RG 927987 SPTC/ES 512031 SPTC/ES	ESTADO CIVIL CASADO DIVORCIADO	NACIONALIDADE BRASILEIRA BRASILEIRA	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO	CARGO DIRETOR-PRESIDENTE DIRETOR

DADOS DO TITULAR QUE PERMANECERÁ NO PLANO

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)

CPF	IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
CÓDIGO DO CARTEIRINHA DO BENEFICIÁRIO 080.	NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO		DATA DE APOSENTADORIA/DEMISSÃO / /	
SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> DEMITIDO/EXONERADO SEM JUSTA CAUSA	TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA UNIMED VITÓRIA: () MESES		TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO NA OUTRA OPERADORA: () MESES	
INFORME A OPERADORA	O EX EMPREGADO CONTRIBUÍA COM O PLANO DE SAÚDE			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Os dados pessoais informados voluntariamente no presente Termo serão tratados pela UNIMED VITÓRIA de acordo com os princípios e obrigações estabelecidos pela Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ("LGPD") com o propósito de cumprimento de obrigação legal ou regulatória e execução do contrato. A UNIMED VITÓRIA realizará os tratamentos necessários para que possa prestar os serviços contratados de forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletadas como confidenciais. **Caso os dados pessoais informados sejam relativos a crianças ou adolescentes, o responsável legal autoriza o seu tratamento.** O titular dos dados é livre para exercer, a qualquer momento, seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais.

Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na POLÍTICA DE PRIVACIDADE, disponível em <http://www.unimedvitoria.com.br>.

TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PLANO:

Demitido ou exonerado sem justa causa - 1/3 (um terço) do período de contribuição junto à empresa, com mínimo garantido de 6 meses e no máximo 24 meses. **Anexar termo de rescisão contratual.**

Aposentado - se o tempo de contribuição junto à empresa for menor que 10 anos, o prazo de permanência será equivalente ao período de contribuição; se maior que 10 anos o tempo será indeterminado. **Anexar termo de rescisão contratual e concessão de aposentadoria.**

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

Inclusão do demitido ou exonerado sem justa causa no plano de inativos - Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde como Inativo, Comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular e Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

Inclusão do aposentado no plano de inativos - Termo de Ciência do Direito de Permanência no Plano de Saúde emitido com data menor de 30 dias, Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde como Inativo, Comprovante de residência recente (máximo 03 meses) em nome do titular, Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e Carta de Concessão de Aposentadoria.

BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES QUE PERMANECERÃO NO PLANO (SE TIVER)

DEPENDENTE 1 (NOME COMPLETO)	DEPENDENTE 3 (NOME COMPLETO)
DEPENDENTE 2 (NOME COMPLETO)	DEPENDENTE 4 (NOME COMPLETO)

Os dados pessoais informados voluntariamente no presente Termo serão tratados pela UNIMED VITÓRIA de acordo com os princípios e obrigações estabelecidos pela Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ("LGPD") com o propósito de cumprimento de obrigação legal ou regulatória e execução do contrato. A UNIMED VITÓRIA realizará os tratamentos necessários para que possa prestar os serviços contratados de forma mais adequada e eficiente, tratando quaisquer dados ou informações coletadas como confidenciais. **Caso os dados pessoais informados sejam relativos a crianças ou adolescentes, o responsável legal autoriza o seu tratamento.** O titular dos dados é livre para exercer, a qualquer momento, seus direitos inerentes à proteção de dados pessoais.

O beneficiário titular, ao decidir manter os dependentes em seu plano de saúde, assume o compromisso de comunicar a eles as informações acima sobre tratamentos de dados realizados pela UNIMED VITÓRIA.

Mais informações sobre o tratamento de dados pessoais podem ser acessadas na POLÍTICA DE PRIVACIDADE, disponível em www.unimedvitoria.com.br.

ENDEREÇO DO TITULAR PARA ENVIO DA COBRANÇA DA MENSALIDADE (CONFORME COMPROVANTE ANEXO)

RUA/AVENIDA			Nº	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
COMPLEMENTO			DDD	TELEFONE

USO EXCLUSIVO DA UNIMED VITÓRIA

DATA DE INÍCIO DO BENEFÍCIO / /	DATA DE TÉRMINO DO BENEFÍCIO / /	DIA DO VENCIMENTO DA MENSALIDADE
------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

ASSINATURA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR E/OU ASSINATURA DA EMPRESA (CARIMBO, NOME E ASSINATURA)	DATA / /
--	-------------

Declaração do Beneficiário

De acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998 e nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, declaro que:

1. Concordo com a minha permanência no plano de saúde como inativo nos termos previstos no contrato entre a empresa que foi minha empregadora e a Unimed Vitória.
2. O pagamento integral da mensalidade e coparticipação, se houver, do meu plano de saúde e de meus dependentes estará sob minha responsabilidade, e sujeitará aos reajustes contratuais, acordados entre a empresa contratante e a Unimed Vitória.
3. Tenho conhecimento do valor da mensalidade do meu plano de saúde e de meus dependentes, conforme tabela de preço por faixa etária entregue pela Unimed Vitória.
4. Estou ciente que o valor da mensalidade neste contrato é pré-estabelecido e cobrado em pré-pagamento, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes e independentemente da utilização das coberturas contratadas e a cobrança é feita no mesmo mês da utilização.
5. **Tenho conhecimento que o meu vínculo com a Unimed Vitória é estabelecido pelo contrato da empresa a qual pertencia, portanto, caso o contrato seja rescindido, o meu vínculo com a Operadora também será extinto. Nesse caso, poderei realizar a contratação de um novo plano de saúde, obedecendo as regras de elegibilidade estabelecidas na Resolução Normativa n.º 557 ou norma que vier a substituí-la, podendo inclusive realizar a portabilidade de carências, se preenchidos os requisitos estabelecidos na Resolução Normativa n.º 438 ou norma que vier a substituí-la. Nesta hipótese o valor e as condições do plano de saúde ofertado não guardam qualquer relação com o que era praticado no contrato coletivo empresarial.**
6. Quando a data de vencimento da mensalidade cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
7. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente aos dias de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito atualizado.
8. Em caso de não recebimento do documento de cobrança da mensalidade do plano em até 5(cinco) dias antes do respectivo vencimento terei que entrar em contato com a Unimed Vitória através do 0800 026 0080.
9. Tenho conhecimento que o atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, implicará na suspensão total dos serviços e acarretará o cancelamento do plano. Nesta hipótese a Unimed Vitória me comunicará da suspensão com até 50 (cinquenta) dias de inadimplência.
10. O não pagamento de qualquer fatura, seja de mensalidade ou coparticipação, ou o pagamento parcial do valor, autoriza a Unimed Vitória a efetuar a cobrança judicial ou extrajudicial do débito, bem como a inscrição do CPF do Beneficiário Titular nos órgãos de proteção ao crédito.
11. Todos os valores devidos, sejam referentes à mensalidade, coparticipação ou quaisquer outras despesas relacionadas ou decorrentes do contrato constituem dívida líquida e certa de responsabilidade do Beneficiário Titular, sendo passíveis de execução mesmo após a rescisão do contrato.
12. A rescisão do contrato e/ou a exclusão dos beneficiários do plano não isentará o Beneficiário Titular do pagamento das faturas pendentes ou de novas faturas emitidas para cobrança de valores referentes ao período anterior à rescisão ou exclusão do plano.
13. Em caso de mudança de endereço devo comunicar a Unimed Vitória por meio dos Canais de Atendimento.
14. Durante o período do meu benefício Aposentado/Demitido, a Operadora garantirá as mesmas condições de cobertura assistencial do plano contratado pela empresa a qual eu estava vinculado para os empregados com vínculo empregatício ativo.
15. Enquanto estiver usufruindo o benefício Aposentado/Demitido, possuo ciência que APENAS poderei realizar a inclusão de novo cônjuge e novo(s) filho(s).
16. Em caso de admissão em novo emprego que possibilite acesso a plano privado de assistência à saúde, devo comunicar a Unimed Vitória, para que meu plano de inativos/benefício Aposentado/Demitido seja cancelado.
17. Caso não tenha interesse em continuar com o plano devo comunicar formalmente a Unimed Vitória, pelos Canais de Atendimento ao Cliente.
18. Em caso de utilização indevida, por qualquer beneficiário do meu grupo familiar e/ou terceiros estarei sujeito às sanções previstas no contrato e na Legislação, bem como o ressarcimento de todas as despesas pagas indevidamente pela Unimed Vitória.

Declaro para os devidos fins e efeitos estar ciente e de acordo com as informações acima descritas sobre o plano de saúde, às quais me obrigo, por mim e por meus dependentes inscritos no plano de saúde. As informações prestadas são verdadeiras e completas. Em caso de omissão responsabilizo-me por qualquer despesa decorrente de utilização indevida, acarretando a minha exclusão do plano de saúde.

ASSINATURA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

DATA

/ /