

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

Eu,	Associado Titular Inscrito sob o nº																																			
<p>abaixo qualificado e assinado, venho através do presente, requerer a EXCLUSÃO do BENEFICIÁRIO abaixo relacionado do meu Grupo Familiar, do Plano APAS SAÚDE registrado na ANS sob o nº 464.354/11-2, confirmando estar ciente das seguintes disposições do art 15 da RN 412/2016:</p> <p>I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p>																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">NOME (Titular)</td> <td style="padding: 5px;">Posto/Grad</td> <td style="padding: 5px;">RE/MAT CBPM</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sexo: []M []F</td> <td style="padding: 5px;">Data Nascimento</td> <td style="padding: 5px;">Naturalidade</td> <td style="padding: 5px;">UF</td> <td style="padding: 5px;">Est Civil</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">RG</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">CPF</td> <td style="padding: 5px;">CNS</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;">Filiação</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Endereço</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Bairro</td> <td style="padding: 5px;">CEP</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Cidade</td> <td style="padding: 5px;">UF</td> <td style="padding: 5px;">Tel Res</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">email</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Fone Com</td> <td style="padding: 5px;">Cel</td> </tr> </table>		NOME (Titular)			Posto/Grad	RE/MAT CBPM	Sexo: []M []F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Est Civil	RG		CPF		CNS	Filiação					Endereço		Bairro		CEP	Cidade			UF	Tel Res	email		Fone Com		Cel
NOME (Titular)			Posto/Grad	RE/MAT CBPM																																
Sexo: []M []F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Est Civil																																
RG		CPF		CNS																																
Filiação																																				
Endereço		Bairro		CEP																																
Cidade			UF	Tel Res																																
email		Fone Com		Cel																																

BENEFICIÁRIO A SER EXCLUÍDO:

NOME		Parentesco
Sexo: []M []F	RG	CPF
MOTIVO		

Local	Data	Assinatura do Titular
-------	------	-----------------------

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTES - verso

PROTOCOLO

Data Recebimento ____/____/____ Nº PROTOCOLO _____ _____ Recebedor	Data da Ciência: ____/____/____ Declaro ter ciência das informações supra e Recebido cópia deste requerimento; _____ Requerente
---	---

PROCESSAMENTO DA EXCLUSÃO

Fernandópolis, ____/____/____ Do Gerente Administrativo Ao Enc Cadastro 1. _____ 2. _____ _____ (carimbo e assinatura)	Fernandópolis, ____/____/____. Inativado em ____/____/____. _____ (Enc Cadastro)
--	---

Fernandópolis, ____/____/____

1. Ciente.

2. Arquivo.

Presidente Apas