

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE TITULAR

Eu,	Associado Titular Inscrito sob o nº
<p>abaixo qualificado e assinado, venho através do presente, requerer o CANCELAMENTO da adesão ao 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>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;</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> <p>V – Não se aplica.</p> <p>VI – a exclusão do beneficiário titular implicará na exclusão dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.</p>	

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
Motivo				

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

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE TITULAR - verso

PROTOCOLO

<p>Data Recebimento ____/____/____</p> <p>Hora do Recebimento: ____:____</p> <p>Nº PROTOCOLO _____</p> <p>_____</p> <p>Recebedor</p>	<p>Data da Ciência: ____/____/____</p> <p>Hora da Ciência: ____:____</p> <p>Declaro ter ciência das informações retro e Recebido cópia deste requerimento;</p> <p>_____</p> <p>Requerente</p>
--	---

PROCESSAMENTO DA EXCLUSÃO

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

Fernandópolis, ____/____/____

1. Ciente.
2. Arquivo.

Presidente Apas