



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

Eu,		Associado Titular		
		Inscrito sob o nº		
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: 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; 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;				
Nome (Titular)		Posto/Grad		RE/MAT CBPM
Sexo: [] M [] F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Est Civil
RG	CPF	CNS (Cartão Nacional de Saúde)		
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	



APAS
FERNANDÓPOLIS

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

CNPJ: 00.444.803/0001-35

INSCR. EST.: ISENTO

E-mail: apasfernandopolis@gmail.com
www.apasfernandopolis.com



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTES - verso

PROTOCOLO

Data Recebimento ____/____/____

Nº PROTOCOLO _____

Recebedor

Data da Ciência: ____/____/____

Declaro ter ciência das informações retro 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