



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE TITULAR

Eu,	Associado Titular Inscrito sob o nº
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: 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; 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; 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; V – Não se aplica. 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.	

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	
Motivo					
Local		Data	Assinatura do Titular		



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE TITULAR - verso

PROTOCOLO

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

PROCESSAMENTO DA EXCLUSÃO

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

Fernandópolis, ____/____/____ 1. <u>Ciente</u> . 2. <u>Arquivo</u> . _____ Presidente Apas
--