

## **COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE**

**UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO**, inscrita no CNPJ sob o nº 45.100.138.0001-09, sediada na cidade de São José do Rio Preto -SP, a Avenida Bady Bassit, nº 3877, Vila Imperial, DECLARA para os devidos fins de direito, que RECEBEU a solicitação de cancelamento/exclusão do contrato de plano de saúde sob nº \_\_\_\_\_, para os beneficiário (s) abaixo elencado (s), restando entregue imediatamente o presente comprovante e na mesma ocasião informando o quanto segue:

I) Que 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 de 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 ) a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;

VI ) a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 24, da RN nº 557, de 14 de Dezembro de 2022, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.



www.unimedriopreto.com.br  
Avenida Bady Bassitt, 3877  
15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP  
T. (17) 3202-1223

Beneficiário (s) Excluído (s)	N.º Contrato	Data Exclusão
1- _____		
2- _____		
3- _____		
4- _____		
5- _____		
6- _____		
7- _____		

Por ser a expressão da verdade, firma o presente, em duas vias de igual teor e forma.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

**UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO COOP. DE TRABALHO MÉDICO**

Declaro para os devidos fins de direito, estar ciente de que esta solicitação não isenta o pagamento de parcelas em aberto com esta Cooperativa, e me responsabilizo pelo uso indevido do cartão após o cancelamento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular

Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



www.unimedriopreto.com.br  
Avenida Bady Bassitt, 3877  
15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP  
T. (17) 3202-1223

## COMPROVANTE DO EFETIVO CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO

UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ sob o nº 45.100.138.0001-09, sediada na cidade de São José do Rio Preto - SP, na Avenida Bady Bassitt, nº 3877, Vila Imperial, DECLARA para os devidos fins de direito, que em data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foi / será efetivado(a) cancelamento do contrato e/ou a exclusão para o (s) beneficiário (s) abaixo elencados do plano de saúde sob nº \_\_\_\_\_.

Beneficiário (s) Excluído (s)	N.º Contrato	Data Exclusão
1- _____		
2- _____		
3- _____		
4- _____		
5- _____		
6- _____		
7- _____		

Informamos ademais que, poderão ocorrer eventuais cobranças de serviços pela operadora e/ou administradora de benefícios, sendo que o pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime V.Sra do pagamento de multa rescisória, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

Ratificamos que a rescisão do contrato ou a exclusão do beneficiário independe do adimplemento contratual.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO COOP. DE TRABALHO MÉDICO**

### Ciência de recebimento:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular

Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_