



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Administração
Diretoria do Plano de Saúde

Requerimento de Exclusão do Plano Santa Catarina Saúde

Contratante:	Secretaria de Estado da Administração - SEA		
Operadora:	Unimed do Estado de Santa Catarina	Registro ANS N.º	355691

Eu _____
Matrícula nº: _____ Inscrição nº _____ Venho, através do presente, requerer o cancelamento

da adesão ao Santa Catarina Saúde pelo motivo nº: _____ dos beneficiários abaixo elencados.
OBS: Tenho conhecimento que o meu cancelamento do plano irá excluir também meus dependentes, bem como que em uma adesão futura será exigido o cumprimento de um novo período de carência.

OBS: A solicitação de exclusão recebida na Unimed local até o dia 20 de cada mês, terá a data de exclusão no primeiro dia do mês subsequente. Ex: A solicitação recebida em 19/06/06 terá exclusão a partir do dia 01/07/06. A solicitação recebida no dia 25/06/06, terá por data de exclusão o primeiro dia do segundo mês subsequente (01/08/06). Quando o motivo da exclusão for óbito, a data de cancelamento será um dia após o óbito.

Motivos da Exclusão ou Cancelamento

1	Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário ou contratante	*7	Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação de sistema da Operadora
2	Término da relação de vinculado a um beneficiário titular (dependência)	*8	Transferência de Carteira
3	Desligamento da empresa (planos coletivos)	*9	Alteração individual do código do beneficiário
*4	Inadimplência	*13	Inclusão Indevida de Beneficiários
5	Óbito - Anexar cópia da Certidão de Óbito, em atendimento a Resolução/ANS RN n.º 86 de 15/12/2004.	*14	Fraude (art 13 da Lei 9656/98)

* Uso exclusivo da Operadora.

Solicito a exclusão dos beneficiários abaixo elencados do plano Santa Catarina Saúde:

Dados do Titular e dos Dependentes

Nome	Código do cartão

OBS: A Ficha de Exclusão deverá ser entregue na Unimed da sua cidade. Somente será aceito formulário devidamente preenchido, assinado e mediante a devolução do cartão de identificação do plano. As exclusões por óbito somente com cópia da Certidão de Óbito.

Comprometo-me a devolver o cartão de identificação do plano SC Saúde dos beneficiários acima elencados e declaro estar ciente do cancelamento do mesmo a partir de (observar regra acima) 01/___/_____, qualquer utilização após esta data será considerada como fraude e os custos serão de minha responsabilidade.

TENHO CONHECIMENTO QUE O REINGRESSO AO SANTA CATARINA SAÚDE SÓ PODERÁ OCORRER APÓS 1 (UM) ANO DA DATA DESTA DESLIGAMENTO, DEVENDO CUMPRIR NOVO PERÍODO DE CARÊNCIAS, NOS TERMOS DO ART. 41, PARÁGRAFO ÚNICO DO DECRETO Nº 1276/08.

_____, _____ de _____ de 200_____

Assinatura do Titular

UNIMED DE _____

Nome e assinatura do atendente da Unimed

Data