



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

Requerimento de Exclusão do Plano Santa Catarina Saúde

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

Eu _____ Inscrição n.º _____
 Matrícula n.º: _____ n.º _____ venho através do presente requerer o cancelamento

da minha adesão ao Santa Catarina Saúde pelo motivo n.º: _____ Tenho conhecimento de que o cancelamento do plano excluirá também meus dependentes e de que, em uma adesão futura, será exigido o cumprimento de um novo período de carências.

OBS: A solicitação de exclusão recebida na Unimed local até o dia 20 de cada mês terá a data de exclusão do primeiro dia do mês subsequente. **Ex:** Para a solicitação recebida em 19/05/09, a exclusão será a partir de 01/06/09. Para a solicitação recebida no dia 25/05/09, a exclusão será a partir de 01/07/09.

Quando o motivo da exclusão for óbito, a data de cancelamento será igual à data do óbito.

Motivos da Exclusão ou Cancelamento

1	Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário ou contratante	5	Óbito - Anexar cópia da Certidão de Óbito, em atendimento à Resolução/ANS RN n.º 86 de 15/12/2004.
2	Término da relação de vinculado a um beneficiário titular (dependência)	7	Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação de sistema da Operadora
3	Desligamento da empresa (planos coletivos)	8	Transferência de Carteira

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

Dados do Titular e dos Dependentes

Nome	CPF – obrigatório para maiores 18 anos	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 serão aceitas com cópia da Certidão de Óbito.

Comprometo-me a devolver o meu cartão de identificação do plano e de meus dependentes e declaro estar ciente do cancelamento do mesmo a partir de (observar regra acima) 01 / ___ / _____. Qualquer utilização após essa data será considerada como fraude e os custos serão de minha responsabilidade.

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

_____, _____ de _____ de 200 _____

Assinatura do Titular

UNIMED DE _____

Nome e assinatura do atendente da Unimed

Data