

Form-DVCR-22  
Rev.03  
Emissão: 19/06/2017

## SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO



<b>Contratada:</b> Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico	<b>Registro ANS:</b> 36044-9
<b>Contratante:</b> IBBCA 2008 GESTÃO EM SAÚDE	<b>E-mail:</b> exclusao412@ibbca.com.br

### DADOS DO TITULAR DO PLANO

<b>Nome do Titular:</b>		
<b>E-mail:</b>		<b>Telefone:</b>
<b>Logradouro:</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
<b>CEP:</b>	<b>Complemento:</b>	

### MOTIVO DA EXCLUSÃO

Assinale com "X" o motivo da exclusão do beneficiário:

<b>41</b> – Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário	<b>76</b> - Migração ou mudança de plano na mesma Unimed
<b>70</b> – Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo por Adesão) Data de Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.	<b>77</b> – Viagem ou mudança de domicílio
<b>71</b> - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido da Contratante) Data de Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.	<b>78</b> – Dificuldades com a rede/agendamento
<b>72</b> - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido do Titular)	<b>79</b> – Dificuldades na autorização
<b>44</b> - Exclusão por óbito do beneficiário. *Anexar cópia da certidão de óbito. Data da Exclusão: ____/____/____.	<b>81</b> – Insatisfação com o atendimento do plano
<b>74</b> – Portabilidade de Carências	<b>82</b> – Plano está muito caro
<b>75</b> - Migração para outra operadora	<b>84</b> – Beneficiário inadimplente com a Contratante. Data de Exclusão: ____/____/____. *Preencher sempre com o primeiro dia do mês futuro.

### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EXCLUÍDOS

Beneficiário	Código do Cartão	CPF	Devolução do Cartão?
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	0025.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### DATA DA EXCLUSÃO

1. A exclusão a pedido do beneficiário titular tem efeito imediato a partir da data de ciência da operadora. Assim, fica proibida a exclusão com data futura a pedido do beneficiário.
2. Quando a exclusão for solicitada por iniciativa da Empresa Contratante (motivos 70, 71 e 84), **sempre deverá ser encaminhada para o primeiro dia do mês futuro.**

### CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO

O (A) CONTRATANTE e o (a) beneficiário (a) ficam cientes que a exclusão indicada neste formulário ensejará nas consequências abaixo descritas:

1. A solicitação tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. Portanto, não será possível a reativação do plano em caso de arrependimento e, tampouco, a reversão do lote;
2. É responsabilidade do titular ou responsável legal, a devolução dos cartões de identificação do plano de saúde;
3. As guias de atendimentos emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir deste momento, pois, uma vez solicitada a exclusão, as guias serão imediatamente canceladas.
4. É responsabilidade do beneficiário titular ou responsável legal o pagamento:
  - 4.1) de quaisquer atendimentos realizados após a solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência;
  - 4.2) das mensalidades já vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela realização dos serviços já realizados.
5. Poderão ser realizadas cobranças posteriores relativas às coparticipações de eventos ocorridos durante o período de permanência do beneficiário no plano, mas ainda não avisados pelos prestadores no momento da solicitação de cancelamento/exclusão.
6. Perda imediata do direito aos serviços adicionais ao plano de saúde como: período de remissão (BFSC ou FEA), pecúlio, proteção familiar, vida em grupo e garantia funeral, quando contratado;
7. Eventual ingresso em novo plano de saúde implicará:
  - 7.1) No cumprimento de novos períodos de carência;
  - 7.2) Perda do direito ao exercício da portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido;
  - 7.3) Condições atualizadas de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, etc;
  - 7.4) 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 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

**8. Nos planos coletivos a Contratada pode excluir o beneficiário por perda do vínculo do titular com a Contratante e/ou perda do vínculo do dependente com o Titular, conforme previsão contratual.**

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. É imprescindível o preenchimento de todos os campos necessários para efetivação da solicitação, sob pena de não efetivação da exclusão.
2. Para as exclusões solicitadas por iniciativa do beneficiário titular, ou seja, **motivos 41, 72, 44, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81 e 82** é **OBRIGATÓRIA a assinatura da pessoa jurídica e do beneficiário. Não será aceito formulário que contenha rasura e que não esteja assinado e carimbado pela (o) Contratante e pelo beneficiário, quando for este o solicitante da exclusão.**
3. **No motivo 44, caso o titular do plano tenha falecido, somente a assinatura do Contratante é suficiente, desde que seja apresentada a certidão de óbito. No entanto, caso um dos dependentes tenha falecido, caberá ao titular assinar o formulário solicitando a exclusão.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Contratante e Carimbo

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

Para uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Recebimento na Unimed

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo – Data e Hora de Processamento na Unimed



Circular nº 18/2017/DPCOM

Florianópolis, 10 de Maio de 2017.

### **Contrato Coletivo por Adesão**

Setor de Plano de Saúde Unimed.

Assunto: Novas Regras para Solicitação de Exclusão de Beneficiários – Resolução Normativa n.º 412/2016.

Prezado Contratante,

Conforme Resolução Normativa – RN n.º 412/2016, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a Unimed Grande Florianópolis comunica que a partir de **10/05/2017** entraram em vigor as novas regras para exclusão de beneficiários de contrato coletivo por adesão.

Seguem os procedimentos para exclusão de beneficiário:

- 1) O beneficiário titular de plano coletivo por adesão poderá solicitar sua exclusão ou de seus dependentes **à pessoa jurídica com a qual mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial; à administradora de benefícios; ou à Unimed Grande Florianópolis.**



- 2) Tanto as solicitações realizadas pela **Pessoa Jurídica Contratante, pela Administradora de benefícios ou diretamente à operadora terão efeito imediato, a partir da data de ciência da operadora.**
- 3) A exclusão de beneficiários do plano de saúde coletivo por adesão, quando **solicitada pelo beneficiário titular diretamente à operadora**, poderá ocorrer das seguintes formas:
- a) Presencialmente, na sede da Unimed Grande Florianópolis, sito à Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, Florianópolis/SC;
  - b) Por meio de atendimento telefônico, disponibilizado pela operadora no telefone **0800 483500**;
  - c) A partir de 10/09/2017 por meio do Portal do Cliente disponível no site da Unimed Grande Florianópolis: [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br).

Informa, ainda, que em razão das novas regras definidas pela normativa, o formulário de exclusão foi alterado a fim de viabilizar o cumprimento da legislação em vigor.



Diante disso, encaminhamos anexo o **novo formulário de exclusão** que será exigido a partir do dia 01/06/2017, bem como as orientações necessárias para o correto preenchimento do documento. Entretanto, vossa instituição deverá se adequar com a utilização da nova versão do formulário, a partir da data da publicação da Resolução Normativa nº 412 da ANS.

Solicita Vossa compreensão e se coloca à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Anexo 1 – Novo Formulário de Exclusão  
Anexo 2 - Orientações para preenchimento do novo formulário de exclusão

Atenciosamente,

Departamento Comercial  
Unimed Grande Florianópolis  
[www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

**ANEXO 2 - Orientações para preenchimento do novo formulário de exclusão:**

A partir da data supracitada (**01/06/2017**), a Divisão de Cadastro e Regulação exigirá a nova versão do formulário de exclusão Form-DVCR-2:

**1. NOME DA CONTRATANTE E E-MAIL:** campos de preenchimento obrigatório, com a finalidade de identificar a pessoa jurídica e agilizar a comunicação entre Operadora e Contratante.

**2. NOME DO TITULAR E E-MAIL:** campos de preenchimento obrigatório, necessários para identificação do beneficiário titular do plano, bem como envio de informações complementares a respeito do cancelamento.

**3. MOTIVO DA EXCLUSÃO:** no ato da solicitação a Contratante deverá assinalar a opção correspondente ao motivo do cancelamento.

**41 – Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário:** deve ser utilizado nos casos em que a solicitação não se enquadrar em nenhum dos demais motivos. **Constar a assinatura da Contratante e do beneficiário titular se o pedido partiu deste.**

**70 - Perda do vínculo do beneficiário titular com a Contratante. Data de Exclusão:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : **POR INICIATIVA DO (A) CONTRATANTE**, em razão da perda do vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, que permitiu a inclusão no plano. **Nesse campo, deve ser inserida a data que a Contratante deseja excluir o beneficiário. Somente assinatura da Contratante.**



**71 - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido da Contratante):** POR INICIATIVA DO (A) CONTRATANTE, nos casos em que esta tomar conhecimento que o beneficiário deixou de preencher as condições de admissão como dependente (Ex.: separação/divórcio, filho completou a idade máxima prevista no contrato, etc). **Somente assinatura da Contratante.**

**72 - Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido do Titular):** POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR, nos casos em que o dependente deixar de preencher as condições de admissão como dependente (Ex.: separação/divórcio, filho completou a idade máxima prevista no contrato, etc). **É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**44 - Exclusão por óbito do beneficiário. Data do Óbito:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**\*Anexar cópia da certidão de óbito:** POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR nos casos de falecimento do titular e/ou dependentes.

É imprescindível o preenchimento da data do óbito, haja vista nesses casos o beneficiário ser excluído no primeiro dia posterior à data informada. É necessário, ainda, o envio da certidão de óbito, para fins de comprovação e devolução de valores *pro - rata* que porventura existirem.



#### **44.1 Regras para assinatura no formulário de exclusão:**

- a) Caso o falecimento for do titular, é obrigatória a assinatura somente da CONTRATANTE, desde que seja apresentada a certidão de óbito.
  
- b) Caso o falecimento for de um dos dependentes, é obrigatória a assinatura da CONTRATANTE e do BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que seja apresentada a certidão de óbito.

**74 – Portabilidade de Carências<sup>1</sup>: POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR nos casos de exclusão para trocar de plano de saúde sem cumprir carência no novo plano. **É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.****

---

<sup>1</sup> Solicite a portabilidade no período de 120 dias contados a partir do 1º dia do mês de aniversário do contrato;

**75 - Migração para outra operadora: POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR nos casos de troca de Operadora mesmo sem preencher os requisitos da portabilidade. É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**76 - Migração ou mudança de plano na mesma Unimed: POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR quando deseja migrar para outro plano da Operadora. É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**77 - Viagem ou mudança de domicílio: POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR em razão de viagem ou mudança de Cidade/Estado. É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**78 - Dificuldades com a rede/agendamento: POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR em razão de insatisfação com a rede assistencial da Operadora e/ou prazos de atendimento. É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**79 - Dificuldades na autorização: POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR em razão de insatisfação pela demora na autorização de procedimentos. É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**81 – Insatisfação com o atendimento do plano:** POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR em razão de insatisfação no atendimento dos profissionais cooperados e rede assistencial (hospitais, laboratórios, clínicas, etc) **É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**82 – Plano está muito caro:** POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR em razão do valor da mensalidade/coparticipação. **É obrigatória a assinatura do beneficiário titular e da Contratante no formulário.**

**84 – Beneficiário inadimplente com a Contratante:** POR INICIATIVA DA CONTRATANTE em razão de inadimplência do beneficiário. **Somente assinatura da Contratante.**

#### **4. DATA DA EXCLUSÃO**

**4.1** A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência da operadora, EXCETO nos pedidos por iniciativa do (a) Contratante que pode solicitar a exclusão programada (data futura).

**4.2** É proibida a exclusão programada (data futura) quando o pedido ocorrer por iniciativa do beneficiário.

#### **4.3 Data do envio do lote por solicitação do beneficiário:**

Para as exclusões solicitadas por iniciativa de o beneficiário titular, ou seja, motivos 41, 72, 44, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81 e 82, a data de exclusão será

considerada a partir da ciência da operadora, ou seja, **a data do envio do lote no sistema SGU WEB ou protocolo de recebimento presencial**. Por esse motivo, não consta a data de exclusão no devido formulário.

**4.4 Recusa na movimentação:** Caso o processo for recusado, a movimentação deverá ser corrigida e reenviada via sistema SGU WEB ou presencial. Lembrando que a data efetiva de exclusão será de acordo **a data do envio atualizado** para a operadora.

## **5. ORIENTAÇÕES DO SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO SGU WEB**

**MOTIVO 70** - Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo por Adesão): No sistema de movimentação SGUWEB, esse motivo deverá ser utilizado exclusivamente para os Contratos Coletivos por Adesão, conforme o FORM-DVCR-22.

## **6. CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO**

De acordo com a RN n.º 412/2016, o beneficiário deve ser informado no ato da solicitação sobre as consequências do pedido de exclusão. Dessa forma, a operadora incluiu no formulário as informações obrigatórias definidas pelo art. 15 da normativa.



## **7. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**7.1** Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

**7.2** Ressalta a necessidade de assinatura do (a) Contratante e beneficiário titular, de acordo com o motivo da exclusão.

Atenciosamente,

Departamento Comercial  
Unimed Grande Florianópolis  
[www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)