

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ARAÇATUBA
REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

(RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016)

1 - Eu, _____

CPF: _____, Código da Carteira: _____

Unimed () Araçatuba () Birigui () Penápolis.

Titular/Responsável Financeiro, solicito o Cancelamento/desligamento do plano de saúde da Associação Policial de Assistência à Saúde de Araçatuba dos seguintes integrantes do meu grupo familiar:

() Cancelamento integral do plano (todos os beneficiários), Relação abaixo.

() Cancelamento parcial dos seguintes dependentes: Relação abaixo.

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

Possui filho(a) agregado: () Sim () Não.

MOTIVO DO DESLIGAMENTO:

() Financeiro;

() Portabilidade para outro plano de saúde;

() Mudança de município;

() Perda do vínculo parental/funcional;

() Outros: _____

2 - Declaro:

2.1. Estar ciente que no ato do desligamento **comprometo-me a devolver a(s) carteira(s) do(s) beneficiário(s) que está(rão) sendo desligado(s)**. Caso a(s) carteira(s) do plano assistencial não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou responsável pelo pagamento de quaisquer utilizações indevidas após a efetivação do meu desligamento, e que minha exclusão somente será processada mediante apresentação deste requerimento devidamente assinado.

2.2. Estar ciente que **a utilização da carteirinha após o desligamento implicará na prática do crime de estelionato**, previsto no artigo 171 do Código Penal, com pena de reclusão de um a cinco anos, sem prejuízo da responsabilidade civil.

2.3. Estar ciente que após o desligamento, **eventuais guias autorizadas antes do desligamento não mais poderão ser utilizadas**, e se isso for feito a utilização será indevida e arcarei com **100%** do valor do exame/procedimento.

2.4. Que ao solicitar desligamento(s), a Associação Policial de Assistência à Saúde de Araçatuba realizará pesquisas na minha matrícula referente a todas as inscrições de minha responsabilidade e, caso seja apurado algum débito referente às contribuições ou co-participações, inclusive co-participações de valores que ainda não foram cobrados pela rede credenciada, a quitação será de minha inteira responsabilidade como titular/Responsável financeiro.

2.5. Estar ciente que **desde 31/07/2021 todas as apólices de seguro eventualmente contratadas foram canceladas**, não mais remanescendo em vigência qualquer direito securitário.

2.6. Estar ciente de que caso eu tenha interesse em realizar a **portabilidade de carências** (é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências), devo solicitar a carta de portabilidade **antes** do efetivo desligamento do(s) beneficiário(s) do plano, conforme artigo 3º, I, da RN nº 438/2018.

2.7. Estar ciente dos seguintes tópicos:

2.7.1. Recurso de glosas: na existência de indícios de inconformidades administrativas, a respectiva cobrança de coparticipação ficará suspensa até que se decida o recurso de glosa do prestador. Ainda que já tenha ocorrido o desligamento da APAS e caso seja deferido o recurso do prestador de serviço, estou ciente que será devido o pagamento da indigitada coparticipação, uma vez que efetivamente se utilizou do serviço médico;

2.7.2. Utilizações: caso seja apurado algum débito referente à coparticipação de valores que ainda não foram cobrados pela rede credenciada, estou ciente que a quitação será de minha inteira responsabilidade;

2.7.3. Proporcional de mensalidade: levando em consideração que cada associado possui uma data de inclusão, antes de efetivar o cancelamento será analisado o período de cobertura referente à cobrança de mensalidade para o próximo mês após o ato de exclusão;

Período de cobertura: ___/___/___ a ___/___/___

Período proporcional: ___/___/___ a ___/___/___

2.7.4. Forma de pagamento pós-exclusão: Se a forma de pagamento escolhida for desconto em folha de pagamento, após o ato da exclusão a desaverbação do holerite acontece automaticamente, e, portanto, estou ciente que as possíveis utilizações e proporcional de mensalidade serão encaminhados através de fatura em boleto bancário;

2.7.5. Pedido de retorno ao plano: O desligamento tem efeito imediato e caráter irrevogável, não cabendo, portanto, remissão deste ato, e estou ciente que caso queira voltar ao plano, devo solicitar novo requerimento de adesão, reunir todos os documentos necessários para uma NOVA ADESÃO e caso o pedido posteriormente seja deferido pela diretoria essa nova adesão contará com TODAS as carências de um novo contrato.

3- As informações acima prestadas são expressão da verdade, motivo pelo qual firmo o presente termo em duas vias, de igual forma e teor.

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Data: ___/___/___ Horário: _____ Responsável: _____