CAPESESP

Solicitação de Desligamento dos Planos e Serviços Assistenciais Administrados pela CAPESESP

Titular, Dependente Natural, Dependente Econômico e Pensionista

ANS - nº 324477

Protocolo nº

Informações do Titular

Matrícula	Nome completo	
Telefone residencial (DDD)	Telefone celular (DDD)	E-mail

☐ **Desligamento simultâneo de Titular e Dependentes**

Planos:

- ☐ Assistência Básica I (reg. nº 470313/13-8)
- ☐ Assistência Básica II(reg. nº reg. nº 475061/15-6)
- ☐ CAPESAÚDE Essencial Nacional (reg. nº 479447/17-8)
- ☐ CAPESAÚDE Essencial Nacional Coparticipativo (reg. nº 479954/18-2)
- ☐ Sob Medida Norte/Centro-Oeste Enf. (reg. nº 464854/11-4)
- ☐ Sob Medida Nordeste Enf. (reg. nº 464844/11-7)
- ☐ Sob Medida DF Enf. (reg. nº 464851/11-0)
- ☐ Sob Medida Sudeste I Enf. (reg. nº 464848/11-0)
- ☐ Sob Medida Sudeste II Enf. (reg. nº 464853/11-6)
- ☐ Sob Medida Sul Enf. (reg. nº 464846/11-3)

☐ **Desligamento exclusivo de Dependente**

- ☐ Assistência Superior I (reg. nº 470311/13-1)
- ☐ Assistência Executiva I (reg. nº 470312/13-0)
- ☐ Sob Medida Norte/Centro-Oeste Apart. (reg. nº 464855/11-2)
- ☐ Sob Medida Nordeste Apart. (reg. nº 464845/11-5)
- ☐ Sob Medida DF Apart. (reg. nº 464852/11-8)
- ☐ Sob Medida Sudeste I Apart. (reg. nº 464849/11-8)
- ☐ Sob Medida Sul Apart. (reg. nº 464847/11-1)
- ☐ Assistência Odontológica I (reg. nº 456556/07-8)

Serviços:

- ☐ Capesaúde Urgente (Plano I ou II)

☐ **MOTIVO** (indicar código do motivo do desligamento constante no verso deste formulário)

Desligamento de Dependentes (Preencher os campos apenas nos casos de desligamento de dependentes)

Matrícula	CPF	CNS	Nome completo
Matrícula	CPF	CNS	Nome completo
Matrícula	CPF	CNS	Nome completo
Matrícula	CPF	CNS	Nome completo
Matrícula	CPF	CNS	Nome completo
Matrícula	CPF	CNS	Nome completo
Matrícula	CPF	CNS	Nome completo

Declaro ter conhecimento de todo o conteúdo do verso deste formulário e de que a solicitação de cancelamento de quaisquer planos ou exclusão de beneficiário, efetuadas pelo TITULAR, terá efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da data da entrada do pedido na CAPESESP. Que o desligamento de quaisquer planos implicará no desligamento simultâneo de todos os meus dependentes nele inscritos, e caso a(s) carteira(s) do Plano de Benefícios Assistenciais não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou o responsável pelo pagamento de qualquer utilização indevida após o desligamento.

Declaro, também, que estou ciente que, ao solicitar desligamento(s), a CAPESESP realizará pesquisas na minha matrícula referente a todas as inscrições e minha responsabilidade e, caso seja apurado algum débito referente a contribuições, financiamentos, empréstimos, coparticipações, se incidir, inclusive coparticipações de valores que ainda não foram cobrados à CAPESESP pela rede credenciada e de alguma utilização da carteira do Capesaúde em período de suspensão, a quitação será de minha inteira responsabilidade como Titular, em conformidade com os parágrafos primeiro e segundo do artigo 7º e o artigo 9º do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e demais dispositivos regulamentares.

_____, ____/____/_____. _____

Local | Data | Assinatura do proponente (Titular)

Obs.1: Este documento só é válido impresso em frente e verso e com a assinatura do titular.
Obs. 2: O Regulamento deste Plano encontra-se disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço www.capesesp.com.br.

D E C L A R O, estar ciente que:

- Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

- 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;

- 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 das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

- 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;

- 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;

- 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;

- 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;

- 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;

- 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 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para ontratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Tabela de Motivos para desligamento

1. Custo do Plano

2. Insatisfação com o atendimento da CAPESESP

3. Insatisfação com a qualidade da rede credenciada

4. Insatisfação com a quantidade de rede credenciada

5. Insatisfação com a cobertura do plano

6. Tornou-se dependente do cônjuge em outro plano