



Solicitação de Desligamento dos Planos e Serviços Assistenciais Administrados pela CAPESESP Dependentes-Agregados

ANS - nº 324477

Protocolo nº

Informações do Titular

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

Dados do Dependente-agregado (Preencher os campos abaixo e assinalar o plano a ser desligado)

Matrícula	Nome completo	CPF
<p>Planos:</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Básica 2 (reg. nº 433385/00-3)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Básica 3 (reg. nº 433387/00-0)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Básica 4 (reg. nº 449371/04-1)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Família Referencial 100 (reg. nº 479510/17-5)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Superior 2 (reg. nº 433386/00-1)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Superior 3 (reg. nº 433388/00-8)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Superior 4 (reg. nº 449372/04-9)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Família Ambulatorial (reg. nº 479566/17-1)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Sob Medida Família Nordeste Enfermaria (reg. nº 466827/12-8)</p> <p><input type="checkbox"/> Sob Medida Família Norte-Centro-Oeste Enfermaria (reg. nº 466837/12-5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sob Medida Família Sudeste Enfermaria (reg. nº 466835/12-9)</p> <p><input type="checkbox"/> Sob Medida Sul Família Enfermaria (reg. nº 466833/12-2)</p> <p><input type="checkbox"/> Assistência Odontológica I (reg. nº 456556/07-8)</p>		
<p>Serviços:</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Urgente (Plano I ou II)</p>		
<p><input type="checkbox"/> MOTIVO (indicar código do motivo do desligamento constante no verso deste formulário)</p>		

Matrícula	Nome completo	CPF
<p>Planos:</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Básica 2 (reg. nº 433385/00-3)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Básica 3 (reg. nº 433387/00-0)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Básica 4 (reg. nº 449371/04-1)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Família Referencial 100 (reg. nº 479510/17-5)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Superior 2 (reg. nº 433386/00-1)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Superior 3 (reg. nº 433388/00-8)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Assistência Superior 4 (reg. nº 449372/04-9)</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Família Ambulatorial (reg. nº 479566/17-1)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Sob Medida Família Nordeste Enfermaria (reg. nº 466827/12-8)</p> <p><input type="checkbox"/> Sob Medida Família Norte-Centro-Oeste Enfermaria (reg. nº 466837/12-5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sob Medida Família Sudeste Enfermaria (reg. nº 466835/12-9)</p> <p><input type="checkbox"/> Sob Medida Sul Família Enfermaria (reg. nº 466833/12-2)</p> <p><input type="checkbox"/> Assistência Odontológica I (reg. nº 456556/07-8)</p>		
<p>Serviços:</p> <p><input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Urgente (Plano I ou II)</p>		
<p><input type="checkbox"/> MOTIVO (indicar código do motivo do desligamento constante no verso deste formulário)</p>		

Declaro, que estou ciente que ao solicitar desligamento(s), a CAPESESP realizará pesquisas nas inscrições dos dependentes a serem desligados e, caso seja apurado algum débito referente a contribuições, financiamentos, empréstimos, coparticipações, inclusive coparticipações de valores que ainda não foram cobrados à CAPESESP pela rede credenciada 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. E que, caso a(s) carteira(s) de identificação do plano não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou responsável pelo pagamento de qualquer utilização indevida após o desligamento.

_____ / ____ / ____ . _____
Local Data Assinatura do Titular ou do Agregado do Instituidor Falecido

Obs. 1: Este formulário só é válido se 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 contratação 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