



FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL PARA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO E INFORMAÇÕES SOBRE O EX-EMPREGADO PARA FINS DOS ARTS. 11 E 12 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA NO 488/22 DA ANS.



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

* Preenchimento obrigatório pela empregadora

Razão social da empresa		Número do contrato	
Nome do beneficiário		<input type="checkbox"/> Médico _____ <input type="checkbox"/> Dental _____	
Número do beneficiário de saúde	Número do beneficiário de dental	CPF	
*MOTIVO DO CANCELAMENTO (EXCLUSÃO)			
<input type="checkbox"/> Pedido de demissão (empregado) ou exoneração (funcionário)		<input type="checkbox"/> Demissão/exoneração sem justa causa	
<input type="checkbox"/> Aposentadoria		<input type="checkbox"/> Demissão por justa causa	
<input type="checkbox"/> Óbito do titular		<input type="checkbox"/> Desistência do plano	
<input type="checkbox"/> Extinção por acordo entre empregado e empregador. Art. 484-A da CLT		<input type="checkbox"/> Transferência entre filiais	
<input type="checkbox"/> Término de contrato de trabalho/estágio			
*Se demitido ou exonerado sem justa causa, informar a data da demissão/exoneração		____/____/____	
Se aposentado, informar a data da concessão da aposentadoria		____/____/____	
*O ex-emprega do contribuiu em algum momento para a manutenção do plano de saúde, seja na atual operadora de planos de saúde, seja para a operadora de planos de saúde anterior, ou mesmo enquanto beneficiário de plano de saúde fornecido pela empresa empregadora que foi submetida a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação com a atual contratante?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
*O ex-empregado contribuiu em algum momento para a manutenção do plano dental, seja na atual operadora de planos dentais, seja para a operadora de planos dentais anterior, ou mesmo enquanto beneficiário de plano dental fornecido pela empresa empregadora que foi submetida a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação com a atual contratante?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Obs.: o ex-empregado contribuinte é aquele que contribuiu/arcou com o pagamento do plano privado de assistência à saúde/dental, de forma parcial ou integral, mediante desconto em contracheque. Vale destacar que os valores pagos relacionados aos dependentes/agregados e, ainda a coparticipação e a franquia não são considerados contribuição ao plano de saúde/dental. (Art. 2º, inciso I, RN 488 nº da ANS).			

Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado e contribuinte se enquadrar nos motivos de cancelamento: demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

** Se contribuinte, o beneficiário é ex-empregado aposentado que permaneceu trabalhando na mesma empresa nos termos do art. 22 da RN nº 488/22 da ANS?		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
** Se contribuinte, o beneficiário foi informado do seu direito de optar pela manutenção do plano?		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Saúde <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não			
Dental <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não			
** Se contribuinte, deve escolher se:				Data da opção	
<input type="checkbox"/> Quer manter o benefício de saúde		<input type="checkbox"/> Não quer manter o benefício de saúde		____/____/____	
<input type="checkbox"/> Quer manter o benefício dental		<input type="checkbox"/> Não quer manter o benefício dental		____/____/____	

** Qual o tempo total de contribuição do beneficiário demitido ou aposentado para a contagem de permanência no benefício?					
Saúde ____ anos		____ meses		____ dias	
Dental ____ anos		____ meses		____ dias	

* Preenchimento obrigatório pela empresa.

** Preenchimento obrigatório se o ex-empregado em algum momento foi contribuinte.



FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL PARA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO E INFORMAÇÕES SOBRE O EX-EMPREGADO PARA FINS DOS ARTS. 11 E 12 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA NO 488/22 DA ANS.



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Obs.: ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa: cobertura equivalente a 1/3 do tempo de contribuição na empresa, sendo um mínimo de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
Ex-empregado aposentado: cobertura por prazo indeterminado aos que contribuíram por, no mínimo, 10 (dez) anos.
Para os que contribuíram por menos de 10 (dez) anos, a cobertura se dará à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

*** Havendo a opção pela manutenção do benefício de saúde/dental, informar o endereço residencial do titular para o envio das faturas e correspondências referentes ao plano.

Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	

*** Eu, _____, declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção do plano de saúde, inclusive em relação ao preço.

Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguem a previsão contratual e de que o período de sua aplicação, consequentemente, seguirá a data prevista no contrato coletivo empresarial do qual faço parte. Da mesma forma, declaro estar ciente de que os reajustes por faixa etária, quando cabíveis, serão aplicados de acordo com a tabela prevista no referido contrato.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado caso atrase o pagamento das mensalidades por um período superior a 60 (sessenta) dias, contínuos ou não, conforme estabelece a Lei nº 9.656/98, assim como na hipótese de trabalhar em outra empresa que ofereça o benefício, condição esta que devo notificar imediatamente à Operadora de Saúde.

RN nº 438 – COMUNICAÇÃO DE EXTINÇÃO DE VÍNCULO – POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO DE PORTABILIDADE Artigo 8º, §1º da RN nº 438

A exclusão do beneficiário foi solicitada pelo motivo assinalado abaixo:

Beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998

Beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

Em razão da extinção de vínculo, o beneficiário poderá exercer a portabilidade de carências no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da sua efetiva exclusão. O prazo final para a realização da portabilidade é ____/____/____. O valor da mensalidade do beneficiário excluído é de R\$ _____.

* O prazo final para a realização da portabilidade poderá ser alterado caso sua exclusão ocorra em período posterior à data programada, por motivos operacionais.

**** Dados do(s) dependente(s) que deseja excluir do contrato (opcional):

Nome completo	Data de nascimento / /
Matrícula (número do beneficiário)	
Nome completo	Data de nascimento / /
Matrícula (número do beneficiário)	
Nome completo	Data de nascimento / /
Matrícula (número do beneficiário)	

*** Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado fizer a opção pela manutenção do plano de saúde/dental.

**** Preenchimento opcional quando o ex-empregado fizer a opção pela manutenção do plano de saúde/dental.



FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL PARA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO E INFORMAÇÕES SOBRE O EX-EMPREGADO PARA FINS DOS ARTS. 11 E 12 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA NO 488/22 DA ANS.



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Número do contrato de origem:					
Plano médico atual:	Código:		Plano médico de destino:	Código:	
			Acomodação: <input type="checkbox"/> Coletiva <input type="checkbox"/> Privativa		
Número do contrato de origem:			Número do contrato de destino:		
Plano dental atual:	Código:		Plano dental de destino:	Código:	
			Acomodação: <input type="checkbox"/> Coletiva <input type="checkbox"/> Privativa		

Solicitação de troca de titularidade em caso de óbito do titular aposentado que contribuiu com o plano de saúde.

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o n° _____ e no RG n° _____, venho, por meio desta, solicitar a transferência de titularidade do benefício "plano de saúde" por motivo de óbito do beneficiário titular.

Declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção do plano de saúde, inclusive em relação ao preço.

Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguirão a previsão contratual e de que o período de sua aplicação, conseqüentemente, seguirá a data prevista no contrato coletivo empresarial do qual faço parte. Da mesma forma, declaro estar ciente de que os reajustes por faixa etária, quando cabíveis, serão aplicados de acordo com a tabela prevista no referido contrato.

Estou ciente e concordo com todas as informações preenchidas neste formulário.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado caso atrase o pagamento das mensalidades por um período superior a 60 (sessenta) dias, contínuos ou não, conforme estabelece a Lei n° 9.656/98, assim como na hipótese de trabalhar em outra empresa que ofereça o benefício, condição esta que devo notificar imediatamente à Operadora de Saúde.

Declaro que estou ciente das responsabilidades civis e que constitui crime prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação, ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, assim como estou ciente acerca das penalidades que variam de um a três anos de reclusão e multa, conforme previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura e carimbo da contratante
(empresa) OBRIGATÓRIOS

Assinatura do ex-empregado
(OBRIGATÓRIA CASO CONTRIBUTÁRIO) ou empregado
(QUANDO DESISTENTE DO PLANO)

TERMO DE CIÊNCIA DE EXCLUSÃO

TIPO DE EXCLUSÃO

Exclusão do titular (grupo familiar vigente) Exclusão de dependente

TIPO DE PARTICIPANTE

Participante Ativo Participante Aposentado Participante Pensionista

PLANO:

Saúde Dental Saúde + Dental

DADOS DO TITULAR

Nome Completo (sem abreviações):

CPF:

USO EXCLUSIVO PARA EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

Nome completo dos dependentes excluídos:	CPF:
1.	
2.	
3.	
4.	

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

1º Haverá cobrança de mensalidade no mês de: _____

2º A cobertura do plano será até o dia ____ / ____ / ____

3º O prazo para movimentações cadastrais assistenciais é até o dia 05 de cada mês. Após essa data, quaisquer solicitações serão consideradas para o mês subsequente.

4º Efetivada a exclusão não será permitido o retorno ao plano, bem como declaro ter conhecimento das regras definidas pela ANS e transcritas no verso deste documento.

Assinatura do Titular: _____

Data: ____ / ____ / ____

Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) 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;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN 438, de 03 de Dezembro de 2018, 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;

c) 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;

d) 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;

II - 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;

III – 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;

IV - 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;

V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

VI – 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 557 de 14 de Dezembro de 2022, 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.

Assinatura do Titular: _____

Data: ____/____/____