

**TERMO DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – EXCLUSÃO DE DEPENDENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula funcional nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, solicito a exclusão de meu dependente do Programa de Assistência à Saúde – PASA e/ou Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, abaixo relacionado, a partir de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_:

Nome Dependente	Data Nascimento	Grau de parentesco com o titular

Autorizo a CASACARESC, conforme acordo firmado com as Empresas Patrocinadoras, a proceder descontos referente às despesas médicas/odontológicas utilizadas por meu dependente no período em que estava ativo no Programa. Comprometo-me também a efetuar o pagamento integral das despesas de meu dependente, caso haja alguma utilização do plano de saúde após a data de exclusão.

**Declaro estar ciente das informações que constam no artigo 15 da Resolução Normativa 412 - ANS (anexo a este termo)** e de ter sido comunicado que receberei o comprovante de efetiva exclusão como beneficiário desta operadora no seguinte endereço:

**ENDEREÇO DESIGNADO PELO ASSOCIADO PARA ENCAMINHAR COMPROVANTE DE EXCLUSÃO:**

Rua: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade (UF) \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Associado Titular**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo Representante  
Patrocinadora (EPAGRI/CIASC/CASACARESC)  
(Associado Ativo na Patrocinadora)**

**ATENÇÃO:** Em cumprimento às exigências da ANS, é obrigatória a assinatura do representante da patrocinadora da região onde o associado está alocado para comprovar a ciência da patrocinadora em relação à exclusão do programa de associados ativos e/ou dependentes.

Prezado(a) associado(a),

Considerando seu pedido de exclusão do plano de saúde, vimos informar, cumprindo o que determina o artigo 15 da Resolução Normativa – RN nº 412, de 10/11/2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que:

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 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;

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;

(...)

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;

(...)

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 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.

**COMPROVANTE DE RECEBIMENTO (campo destinado ao preenchimento da CASACARESC)**

Eu, \_\_\_\_\_, atendente da CASACARESC, declaro que recebi em \_\_\_\_\_ (data) a solicitação de exclusão do associado dependente \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome Legível e Assinatura