



TERMO DE EXCLUSÃO CONVÊNIO UNIMED

| Data: | | |
|-------|---|-------|
| | / | / 202 |

| Porto Alegro | | | | |
|---|--|--|--|--|
| DADOS DA EM | PRESA | | | |
| Razão Social: | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | |
| CNPJ: | Código de associação: | | | |
| Representante Legal: | Telefone: | | | |
| INFOMAÇÕES ADICIONAIS | | | | |
| Tipo de plano: | | | | |
| □ Unifácil Ambulatorial (sem internação) □ Unifácil Glol | pal (com internação) ☐ Unimax Privativo | | | |
| □ Unimax Ambulatorial (sem internação) □ Unimax Col | etivo (semi privativo) 🗆 Unipart Global | | | |
| BENEFICIÁR | los | | | |
| Nome: | | | | |
| Data de nascimento: / / Dependente: sim Nome: | □não □ Devolução de carteira: sim □não □ | | | |
| Data de nascimento: / / Dependente: sim Nome: | □não □ Devolução de carteira: sim □não □ | | | |
| Data de nascimento: / / Dependente: sim Nome: | □não □ Devolução de carteira: sim □não □ | | | |
| Data de nascimento: / / Dependente: sim | □não □ Devolução de carteira: sim □não □ | | | |
| Nome: | ⊇não □ Devolução de carteira: sim □não □ | | | |
| Nome: | | | | |
| Data de nascimento: / / Dependente: sim | lnão □ Devolução de carteira: sim □não □ | | | |
| POR FAVOR, IND | QUE SE: | | | |
| ☐ Este é um cancelamento pontual de um ou mais beneficiários | | | | |
| ☐ Este é um cancelamento de todos os beneficiários da empresa | | | | |
| MOTIVO | | | | |
| ☐ Encerramento das atividades da empresa ☐ Den | signão. | | | |
| Den | nssau nsferência | | | |
| Deducão de gestas | ntisfação com o atendimento do Sindicato* | | | |
| Troca do empresa de eneradora | ntisfação com o atendimento da operadora* | | | |
| de plano de saúde | ntisfação com o produto* | | | |
| □ Falacimente | ro. Qual? | | | |
| * O que gerou sua insatisfação? | | | | |
| —————————————————————————————————————— | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Gostaria de sugerir outra operadora de saúde para realização de convênio com o Sindilojas Porto Alegre?

OBSERVAÇÃO

O prazo para exclusão de beneficiários encerra-se no dia 15 do mês solicitado, sendo o plano vigente até o ultimo dia do mês. Se a solicitação for realizada depois do dia 15, a exclusão será efetuada somente no próximo mês, sendo gerada nova fatura.

Em caso de exclusão do titular do plano, seus dependentes também serão excluídos.

Solicitações de exclusões por óbito devem estar acompanhadas da certidão de óbito.

A empresa compromete-se a devolver a(s) carteira(s) do plano vinculada(s) ao(s) beneficiário(s) em até 10 dias do pedido de exclusão.

Em caso de não devolução, o Sindilojas Porto Alegre não se responsabilizará por consultas e exames realizados após esta solicitação, sendo o custo gerado de responsabilidade da empresa associada.

| Por me | io deste documento solicito a exclusão de beneficiário(s), conforme preenchido acima. |
|--------|---|
| | |
| | |
| | Assinatura do representante legal pela empresa |
| | |
| | |
| | |
| | PROTOCOLO DE RECEBIMENTO (PARA USO DO SINDILOJAS POA) |
| Nome: | Data://202 |
| | |
| | Assinatura do responsável pelo recebimento |