



INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES – RN 561

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **modificou as regras de cancelamento para os planos de saúde** a pedido do beneficiário através da Resolução Normativa n. **561/2022**.

A RN n. 561/2022 prevê o cancelamento imediato do contrato **a partir do momento em que a operadora de saúde (Unimed Ferj) ou administradora de benefícios (Mapma) tome conhecimento do pedido**.

Os cancelamentos **não podem ser processados com data retroativa**. Para que a solicitação seja atendida na data de solicitação/preenchimento, é necessário enviar a carta de cancelamento para o e-mail **atendimento@sias.org.br**, **até as 15h de dias úteis**. Caso a solicitação seja feita após esse horário ou em feriados/finais de semana, deverá conter a data do próximo dia útil.

Caso o beneficiário deseje o cancelamento para uma data que seja **fim de semana ou feriado**, o cancelamento **somente poderá ser feito quando solicitado diretamente à Unimed Ferj**, através dos telefones **0800 970-9080 ou (21) 3900-3400**.

Lembrando que o cancelamento do contrato do plano de saúde poderá resultar em:

- Cumprimento de novos prazos de carência;
- Perda do direito à portabilidade de carências;
- Preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT);
- Perda imediata do direito de remissão (se você está isento do pagamento do plano de saúde por um determinado período).

O pedido de cancelamento ou exclusão **é irrevogável e tem efeito imediato**. Ou seja, a partir da data de cancelamento preenchida no formulário, **não há mais cobertura do plano de saúde**.

IMPORTANTE:

- Os planos da Unimed Ferj disponibilizados pela SIAS possuem a modalidade **pós-pagamento**;
- As **mensalidades vencidas ou eventuais coparticipações** devidas em decorrência de serviços realizados antes ou após a solicitação de cancelamento **são inteira responsabilidade do Titular do plano**.

NOME DO TITULAR: _____

CPF: _____

MOTIVO DO CANCELAMENTO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Migração para outro plano de saúde | <input type="checkbox"/> Motivos financeiros |
| <input type="checkbox"/> Descontentamento com a rede credenciada | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE – BENEFICIÁRIO PJ

() Exclusão do titular e dependentes

() Exclusão do(s) dependente(s)

Beneficiário titular (nome completo):

CPF:

Telefone:

Dependente(s) a ser(erem) excluído(s)

Nome completo:

INFORMAÇÕES SOBRE OS EFEITOS DA EXCLUSÃO

Ao titular do plano,

Tendo em vista a sua solicitação de exclusão do contrato de plano saúde/odontológico, coletivo empresarial, firmado entre a Unimed Ferj e a empresa _____ SIAS _____ vimos, por este documento, em conformidade com o que determina a Resolução Normativa - RN n.º 561/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), prestar informações importantes que envolvem a sua solicitação.

Cabe informar que, em eventual ingresso em novo plano de saúde, a exclusão deste contrato poderá acarretar em:

1) Novos prazos de carência, de acordo com o inciso V, art. 12 da Lei nº. 9656/1998:

- Prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- Prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; e
- Prazo máximo de 24h (vinte e quatro horas) para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

2) Perda do direito à portabilidade de carências (caso não tenha sido este o motivo do pedido)

Poderá ser exigido o cumprimento de novos prazos de carência, conforme descrito no item 1 acima, nos termos previstos na RN nº 438/2018, que dispõe sobre portabilidade de carências.

3) Exigência de preenchimento de nova Declaração de Saúde

Caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), será necessário o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), que prevê a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano.

4) Perda do direito de remissão



Quando houver previsão contratual, será responsabilidade do beneficiário arcar com o pagamento de um novo plano de saúde que venha a contratar.

Além disso, é de suma importância que você se atente para as informações acerca de sua exclusão:

- A solicitação de exclusão de beneficiário(os), a partir da ciência da operadora, tem efeito imediato e caráter irrevogável;
- Serão de responsabilidade do beneficiário todas as mensalidades não pagas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento do plano de saúde;
- Serão de responsabilidade do beneficiário as despesas referentes ao período de cobertura decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários, inclusive nos casos de urgência ou emergência e/ou procedimentos, consultas e exames autorizados anteriormente à data de solicitação de cancelamento do plano de saúde;
- 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 24, da RN nº 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.

Reforçamos que a operadora tem um prazo de até **10 (dez) dias úteis**, a contar do recebimento da solicitação de exclusão do beneficiário do plano de saúde, para encaminhar o comprovante da efetiva exclusão do seu contrato.

Em caso de dúvidas, estamos à disposição em nossos canais de atendimento.

Central de Atendimento 24h: 3900-3400 | 0800-970-9080

www.unimedrj.coop.br

Loja de Relacionamento

Centro – Rua do Ouvidor, 161 – Sobreloja

Barra da Tijuca: Av. Ayrton Senna, 2.500.

Horário de funcionamento: segunda a sexta, exceto feriados, das 8h às 18h

Declaro ter lido, preenchido e compreendido o presente documento, estando ciente e de acordo com as informações nele contidas.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

Assinatura do Beneficiário Titular

