



## REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu \_\_\_\_\_, como beneficiários(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde do PLANO NOVO SIM SAÚDE, registrado na ANS sob nº 484.323/19-1, inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a(s) exclusão(ões), conforme segue:

### 1. Exclusão Associado Titular\*\*\*

( ) Minha exclusão e conseqüentemente do(s) meu(s) dependente(s) no Plano Novo SIM Saúde e familiares agregados no Plano SIM Família, se for o caso.

### 2. Exclusão Dependentes

( ) A exclusão do(s) meu(s) dependente(s) no Plano Novo SIM Saúde abaixo indicados:

Nome Completo	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	CPF	Houve Devolução cartão?

Declaro para os devidos fins que me foi repassado todas as informações, de forma clara e adequada, acerca das conseqüências do cancelamento do plano de saúde, em observância ao Artigo 15 da Resolução Normativa nº 561/2022.

Estou ciente que devo devolver os cartões do Plano no momento da exclusão, caso contrário, me responsabilizo pelo uso indevido do mesmo e assumo os ônus da sua utilização indevida, conforme previsto em regulamento.

\*\*\* Em caso de exclusão associado titular: Reconheço e confesso a dívida no valor de R\$ 1.820,64 (um mil oitocentos e vinte reais e sessenta e quatro centavos) referente ao Aporte Extraordinário aprovado em Assembleia Geral realizada em 18.02.2022

**IMPORTANTE:** Para validação do requerimento se faz necessário o envio de um documento de identificação junto a este.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário Titular

**SEDE ADMINISTRATIVA:** Avenida Atílio Pedro Pagani, 115 | sala 1801 | 18º andar | 88132-149 | Palhoça | SC  
**ATENDIMENTO:** Avenida Mauro Ramos, 1450 | sala 301 | 3º andar | 88020-301 | Centro | Florianópolis | SC  
**Central de Atendimento:** 0800 642 9200 | [central@simplanodesaude.com.br](mailto:central@simplanodesaude.com.br) | [www.simplanodesaude.com.br](http://www.simplanodesaude.com.br)

ANS - nº 356476



## ANEXO I - REGRAS RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 561/2022

Conforme diretrizes do Artigo 15 da RN 561/2022, cabe a SIM – Caixa de Assistência à Saúde, informar que segue:

- 1) Que em caso de ingresso em novo plano de saúde, a nova operadora poderá exigir o cumprimento de novos prazos de carência, preenchimento de nova declaração de saúde, e eventual cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- 2) Que a portabilidade entre planos de saúde só pode ser feita entre contratos ativos. Logo, com o cancelamento do plano, perder-se o direito à portabilidade de carências;
- 3) Que o efeito do cancelamento do titular é imediato e não existe a possibilidade de desistência do cancelamento/exclusão a partir desta data;
- 4) É de responsabilidade do beneficiário o pagamento das mensalidades vencidas e a vencer, tendo em vista que o plano da SIM é pós-pago, bem como eventuais coparticipações devidas pelos serviços realizados antes da solicitação de cancelamento/exclusão;
- 5) É de responsabilidade do beneficiário as despesas decorrentes de eventuais serviços de saúde utilizados após a data da solicitação de cancelamento/exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;
- 6) O pedido de cancelamento e consequente exclusão do plano de saúde, ensejará que todos os dependentes e agregados sejam automaticamente excluídos, exceto os agregados se o beneficiário titular tiver elegibilidade para ficar vinculado no Plano Odontológico.
- 7) A SIM não irá arcar com qualquer despesa de eventuais procedimentos, ainda que já tenham sido autorizados, que venham a ser realizados após a solicitação de cancelamento/exclusão do contrato.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Assinatura Beneficiário Titular**