



www.unimedcg.coop.br
Rua Goiás, 695
79020-101 Jardim dos Estados, Campo Grande - MS
T (67) 3389-2500

v. 1 - 310519

COMUNICADO DE EXCLUSÃO E DO DIREITO À PORTABILIDADE

Nome do(s) beneficiário(s) excluído(s) (titular e dependentes)	Valor da mensalidade (R\$) conforme contrato

A exclusão do plano de saúde se deve ao seguinte fato:

- falecimento do titular do plano
- perda da condição de dependência
- extinção do contrato de trabalho (Demissão, exoneração, aposentadoria)
- término do período como inativo, previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9656/98
- rescisão do contrato de plano de saúde firmado com a pessoa jurídica

Em atendimento ao disposto no art. 8º da Resolução Normativa nº 438/18, informamos sobre o seu direito ao exercício da portabilidade de carências, em **60 (sessenta) dias contados desta data**, desde que atendidos todos os requisitos da referida resolução.

Colocamo-nos à sua disposição para esclarecimentos adicionais, através do telefone (67) 3389-2500.

Assinatura do titular ou dependente

Data: ____/____/____