

## TERMO DE RESCISÃO

Termo de rescisão do contrato Nº \_\_\_\_\_, celebrado entre a UNIMED NORTE CAPIXABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO Reg. ANS Nº 37.177-7 denominado CONTRATADA \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_ denominada CONTRATANTE, mediante as considerações e cláusulas seguintes: Considerando o interesse recíproco, entre as partes acima designadas, de rescindir o contrato anteriormente firmado, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ passa a prevalecer o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Fica rescindido, a partir de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (desta data), o Contrato de Prestação de Serviços Médicos identificado acima.

CLÁUSULA SEGUNDA: O CONTRATANTE obriga-se a recolher os cartões de identificação e assume, a partir da presente data, a responsabilidade por prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da presente data de rescisão.

CLÁUSULA TERCEIRA: O CONTRATANTE compromete-se ainda a saldar os valores de coparticipação ainda não faturados pela CONTRATADA, bem como assume a responsabilidade de pagamento sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato que não podem ser interrompidos, por força legal, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA: A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento. E por estarem, assim, justas e contratadas, assinam o presente termo de rescisão contratual em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente as testemunhas abaixo.

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

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA 1

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA 2

# TERMO DE RESCISÃO

## Formulário adequado a RN 438

Prezado(a) Cliente:

Comunicamos que, em virtude da perda da qualidade de beneficiário(a) no plano de saúde com esta operadora, sua exclusão foi(será) efetivada no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data da exclusão realizada/programada).

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
- 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, aproveitamos a oportunidade para informar sobre o seu direito ao exercício da portabilidade de carências, em 60 (sessenta) dias contados da data supracitada, desde que atendidos todos os requisitos da referida resolução.

Informamos também que, para o exercício da portabilidade, deverá considerar o valor de mensalidade de acordo com o valor atual que é pago pelo contratante.

Colocamo-nos à sua disposição para esclarecimentos adicionais, através do(s) telefone(s):

(27) 2103-6660 / (27) 2103-6690

NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A): \_\_\_\_\_

Obs.: Em casos de dependentes menores de 18 anos, o Responsável Titular deverá assinar o Termo.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

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