

**CANCELAMENTO DE CONTRATO PARA TITULAR E DEPENDENTES**

À  
**UNIMED BH – Cooperativa de Trabalho Médico**

Eu, \_\_\_\_\_,  
na qualidade de CONTRATANTE, solicito a rescisão do contrato  
0006. \_\_\_\_\_ em virtude de \_\_\_\_\_

Solicito cancelamento do contrato para o dia \_\_\_\_\_, ciente que a partir do dia seguinte a data de cancelamento citada acima, eu e meus dependentes inscritos no referido contrato, não teremos direito às coberturas do plano ora cancelado.

Conseqüentemente autorizo a cobrança das mensalidades em atraso até a data estipulada acima, bem como de qualquer utilização indevida após o efetivo cancelamento do contrato.

Autorizo, ainda, a cobrança de eventuais valores de COPARTICIPAÇÃO e/ou de AGRAVO, quando contrato para ter direito à cobertura completa em caso de doença ou lesão preexistente declarada.

Registro que fui orientado a desconsiderar os boletos de competências posteriores à data do cancelamento, referentes à cobrança de Assistência Médica, ciente que o não pagamento de qualquer dos eventuais débitos citados acima implicará no registro do meu nome e CPF junto ao Serviço de Proteção ao Crédito – SPC

Estou ciente que conforme previsto na Resolução Normativa Nº 195, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, a extinção do vínculo do titular do plano individual / familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

Neste momento, solicito cancelar o contrato com todos os beneficiários inscritos, optando por não aderir aos meus direitos previstos no parágrafo anterior.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Cliente

\_\_\_\_\_  
Unimed-BH