



Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Contrato: \_\_\_\_\_

**Ref.: Exclusão do Plano de Saúde e Portabilidade de Carência – RN 438/2018 da ANS**

Prezados (as) Beneficiários (as):

Nome Completo	Tipo do Usuário (Titular/Dependente/Agregado)	Valor da mensalidade no plano origem

A **UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** vem, por meio desta, informar que haverá a sua exclusão do plano de saúde que o beneficia, em decorrência da extinção de seu vínculo de beneficiário com a Pessoa Jurídica Contratante.

Assim, nos termos do disposto no artigo 8º da Resolução Normativa 438/2018 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, fica V. Sa. ciente de que poderá exercer a portabilidade de carências para outro plano de saúde, desta ou de outra Operadora, **no prazo de 60 (sessenta) dias a contar desta comunicação**, desde que atendidos todos os requisitos definidos pela legislação setorial.

No mais, esclarecemos que as informações referentes ao seu plano de saúde junto à Unimed Campinas poderão ser obtidas no Portal da Unimed Campinas na internet ([www.unimedcampinas.com.br](http://www.unimedcampinas.com.br) > Portal do Cliente > Contrato > Declaração de Permanência).

Por fim, manifestamos nossa satisfação em tê-lo como cliente e colocamo-nos à inteira disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, apresentando desde já protestos de estima e consideração.

Para maiores informações entrar em contato pelo telefone: (19) 3731-7903 ou então pelo email [cadastro@unimedcampinas.com.br](mailto:cadastro@unimedcampinas.com.br).

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
**UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**  
ELEM REGINA SERAFIM MARTINS  
CARGO: SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVA  
FINANCEIRA

**Declaro ciência:** \_\_\_\_\_

**Nome (titular):** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.