

_____, ____ de ____ de 2023

Eu, _____ portador do RG _____ e
CPF _____ solicito (minha) exclusão (e/ou) de meu dependente
_____ portadora de RG _____ e CPF _____

Do convênio odontológico Inpao Dental.

Estamos cientes que para o retorno ao plano, abaixo as regras.

I – Eventual ingresso em novo plano de saúde odontológico poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na Resolução Normativa nº 438, de 2018 ou norma que vier a sucedê-la, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

II - Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO
DE 2022

Nome: _____