

**SOLICITAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE COMPRA ON LINE
PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO**

Eu, _____

portador(a) da cédula de identidade RG _____
SSP/___ e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____

SOLICITO A DESISTÊNCIA DE ADESÃO ao plano Unafisco Saúde Soft II, registro ANS nº 471.839/14-9 (titular e dependentes), cuja inscrição foi efetuada via site eletrônico, na forma como dispõe o *caput* do art. 8º. e § 1º. da Resolução Normativa ANS 413, de 11 de novembro de 2016, a seguir reproduzidos:

“Art. 8º O contratante poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 7 (sete) dias de duração a partir da data de vigência do contrato.

§ 1º O formulário de rescisão por arrependimento deverá conter declaração do consumidor, com destaque, de ciência de que a rescisão sem ônus está condicionada à não utilização do plano por ele ou seus dependentes, e que, em caso de uso, a operadora poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados.”

DECLARO que não houve utilização da cobertura assistencial do Unafisco Saúde Soft II, por mim e/ou por meus dependentes.

Tenho ciência, e aceito sem restrições, que, na hipótese de comprovada utilização da cobertura assistencial, o SINDIFISCO NACIONAL cobrará integralmente o custeio dos procedimentos utilizados até o limite do valor da multa rescisória prevista contratualmente (10% do somatório das 12 (doze) primeiras mensalidades).

Local e data.

Assinatura