

Prezado Segurado,

Em atendimento ao pedido de exclusão do(s) segurado(s) relacionado(s) neste documento e, em cumprimento ao que determina a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a Bradesco Saúde S/A informa que:

1. A solicitação de cancelamento ora formalizada terá efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da Seguradora, ou seja, na data de vinculação deste documento ao sistema Movimentação Expressa (MOVE) da Bradesco Saúde;
2. O cancelamento deste seguro-saúde e eventual ingresso em novo plano de saúde poderá implicar:
  - a) no cumprimento de novos períodos de carência conforme adiante:
    - prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
    - prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
    - prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
  - b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido de cancelamento;
  - c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente - DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, que determina a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano;
  - d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a adquirir;
3. Caso o plano contratado preveja coparticipação, os valores devidos relativos à utilização de serviços realizados antes desta solicitação de cancelamento são de responsabilidade do segurado, seja em plano de pré ou pós-pagamento;
4. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data desta solicitação de cancelamento, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;
5. Na hipótese de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a exclusão do beneficiário titular do seguro implicará na exclusão de seu grupo familiar, conforme previsto em contrato;
6. Não obstante o cancelamento do Seguro-saúde, informamos que os Dados Pessoais tratados poderão ser retidos para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, bem como para resguardar os Direitos da Bradesco Saúde em eventual ação judicial ou procedimento administrativo, observados os prazos prescricionais previstos na legislação vigente, assegurada a privacidade do Titular de Dados, bem como os direitos previstos na legislação aplicável, em especial mas não se limitando à Lei Federal n.º 13.709/2018 ("LGPD").

Para obter informações acerca de seus Dados Pessoais e da forma como são tratados pela Bradesco Saúde, consulte o nosso Aviso de Privacidade disponível em <https://www.bradescoseguros.com.br/clientes> > Fazer login > Saúde > Pessoa Física > Acessar > Aviso de Privacidade (rodapé da página) ou entre em contato com nosso Encarregado de Proteção de Dados, por meio do e-mail: [protecao.dados@bradescoseguros.com.br](mailto:protecao.dados@bradescoseguros.com.br).



7. Em prazo de até 10 (dez) dias úteis VS<sup>a</sup> receberá o comprovante do efetivo cancelamento, que terá seus efeitos conforme item 1 do presente, no endereço indicado adiante.

Declaro que li e comprehendi as informações acima prestadas e que por meio deste documento formalizo o pedido de cancelamento do seguro-saúde do(s) segurado(s) adiante relacionado(s) e indico o endereço para envio do comprovante do efetivo cancelamento, bem como meu telefone para eventual contato para fornecimento de informações relacionadas ao Plano ou questões adjacentes:

Nome do Segurado	Número do Cartão de Identificação
MILITAO ANDRE DA SILVA BASTOS	894557100019002

E-mail ou endereço para envio do comprovante: 61- 99971-1406

Telefone de contato (com DDD): militaoandre76@gmail.com

Unaí, 11 de dezembro de 2025

MILITAO ANDRE DA  
SILVA  
BASTOS:80596304153

Assinado digitalmente por MILITAO ANDRE DA SILVA  
BASTOS:80596304153  
ND: C-RR, O=CP-Brazil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil -  
RFB, OU=RFB-e-CPF A1, OU=(EM BRANCO), OU=23611907000192, OU=  
videocorrespondenciaN=MILITAO ANDRE DA SILVA BASTOS:80596304153  
Localização: Eu sou o autor desse documento  
Data: 2025.12.11 15:57:28-03'00'  
Fonte PDF Reader Versão: 2024.2.2

Assinatura do Segurado