

Porto Velho-RO, 24 de Outubro de 2025.

À Telos

Assunto: Notificação de Rescisão Contratual

Prezados Senhores,

Venho por meio deste solicitar rescisão dos serviços prestados aos vossos beneficiários, tendo em vista que em nossos históricos não ocorreram atendimentos nos últimos 3 anos, além de não termos registros de acordo contratual e/ou reajustes periódicos.

A rescisão terá efeito a partir de 24/12/2025, respeitando o prazo de notificação previsto no contrato, geralmente 60 dias, conforme ANS.

Informamos que, durante o período de transição até a data efetiva da rescisão, o Hospital manterá o atendimento aos beneficiários do plano de saúde, conforme as obrigações contratuais e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), garantindo a continuidade do serviço e a segurança dos pacientes.

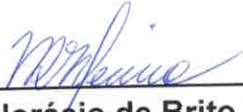
Solicitamos que a operadora:

- 1 Comunique oficialmente aos beneficiários do plano de saúde sobre a rescisão, conforme determina a Resolução Normativa da ANS nº 412/2016, com antecedência;
- 2 Confirme o recebimento desta notificação por escrito, no prazo de até 5 dias úteis;
- 3 Informe sobre eventuais providências adicionais para a transição, incluindo a realocação de beneficiários para outros prestadores credenciados.

Ressaltamos que todas as obrigações contratuais, incluindo faturamento de serviços prestados até a data de rescisão, serão devidamente cumpridas, e aguardamos a regularização de eventuais pendências financeiras por parte da operadora, conforme estipulado no contrato.

Para quaisquer esclarecimentos, permanecemos à disposição por meio dos contatos.

Atenciosamente,



Márcia Regina Horácio de Brito Pereira
Administradora
Hospital 9 de Julho de Rondônia Ltda