



SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

Eu, _____ sócio (a) da ASCEFET (ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO CEFET-MG), matrícula SIAPE N.º _____, portador(a) da carteira de identidade N.º _____ CPF N.º _____, solicito a **exclusão** dos usuários abaixo relacionados no plano de saúde, conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO.

Declaro estar ciente que:

1. Este pedido implica na perda de todos os direitos de utilização do plano de saúde a partir da exclusão do plano que ocorrerá no dia _____ do mês de _____ de 20 _____. Caso a exclusão não ocorra nesta data outra será agendada e comunicada ao titular do plano.
2. No caso de solicitação de exclusão do titular, todos os seus dependentes e ou agregados automaticamente serão excluídos do plano.
3. Para efetivação da exclusão ao plano de saúde devo entregar a(s) carteira(s) de identificação do plano, até 3 (três) dias úteis após a data definida no item 1, sob pena de sanções previstas na forma de Lei.
4. Tenho o prazo máximo de 30 dias à partir da data de exclusão do plano de saúde para solicitar a administradora de plano de saúde em questão a carta de carência e pleitear o aproveitamento da mesma junto a outra administradora de saúde.

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Endereço do titular		Número
Bairro	Cidade	CEP
E-mail		
Telefone de casa ()	Telefone Celular ()	Telefone do local de trabalho ()

Devolução da (s) carteira (s): SIM NÃO

Local: _____, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura: _____

Para uso da ASCEFET