

## TERMO DE EXCLUSÃO DE SÓCIO FACULTATIVO

## 01.DADOS DO TITULAR:

NOME:						
MATRICULA EMATER-MG				MATRICULA CE	RES	
FILIAÇÃO	:					
DATA NASCIMENTO:			NATURALI	NATURALIDADE:		
CPF:			CARTEIRA IDE	ENTIDADE:		UF:
ENDEREÇ	O RESIDENCIA	AL:				
BAIRRO:			CIDADE:			UF:
CEP:		TELEFONE	RESIDENCIAL:		CELULA	R:
EMAIL PE	ESSOAL:					
OUTRA F	ORMA DE CON	ITATO:				
			02.TIPO D	E EXCLUSÃO	•	
( ) man	ter apenas o ti	tular; ou	eus dependentes; s seguintes deper		S:	
NOME	COMPLETO		CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	CATEGORIA (* DEPENDÊNCIA



## O ASSOCIADO DECLARA TER CIÊNCIA DE QUE:

- a) O dependente excluído da categoria "econômico" pelo associado titular só poderá ser reintegrado no plano de saúde, uma única vez, desde que haja a presença do titular, quando deverá cumprir novos prazos de carência;
- b) Não será permitida a reintegração do beneficiário titular da categoria SÓCIO FACULTATIVO, no caso de pedido de exclusão.
- c) A desfiliação da CABEFE não exime o SÓCIO FACULTATIVO de quitar seus débitos perante a Associação, em razão de sua inscrição e/ou participação no Plano.

## I. DISPOSIÇÕES FINAIS

As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento. Não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato, com renúncia expressa a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem justos, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Local e Data		
Assinatura:		
Sócio Facultativo	Diretor Presidente	

Termoexcsocfacult.out2018