

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO NO PROGRAMA DE SAUDE

01. DADOS DO TITULAR:

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------|---|-------------|
| Nome do Associado: | | CPF: | |
| Matrícula Emater-Mg: | | Matrícula da Ceres (Aposentado): | |
| Endereço residencial completo: | | Bairro: | |
| Cidade: | | Estado: | CEP: |
| Telefone Fixo: | Celular: | Email: | |

02. EXCLUSÃO SOLICITADA

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DO TITULAR E DE TODOS SEUS DEPENDENTES | <input type="checkbox"/> MANTER APENAS O TITULAR |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO SOMENTE DOS DEPENDENTES RELACIONADOS ABAIXO: | |

| NOME COMPLETO DO DEPENDENTE | CPF | CATEGORIA DEPENDÊNCIA |
|-----------------------------|-----|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Declaro ter conhecimento:

- que a(s) exclusão(es) solicitada(s) será(ão) processada(s) na data de entrada (protocolo) do pedido na Cabefe; Uma vez que o cancelamento/exclusão a pedido tem efeito imediato.
- que não será permitida a reintegração do associado titular da categoria de sócio facultativo, no caso de pedido de exclusão;
- que os(s) dependentes(s) excluídos(s) da categoria “econômicos” pelo associado titular só poderá(ao) ser(em) reintegrados(as) no plano de saúde, uma única vez, desde que haja a presença do titular, quando deverá cumprir novos prazos de carência;
- que a desfiliação da CABEFE não exime o sócio de quitar seus débitos em razão de sua inscrição e/ou participação no Plano.

Declaro ainda, ter ciência que ao solicitar desligamento, a Cabefe realizará pesquisas na minha matrícula referente todas as inscrições sob minha responsabilidade e, caso seja apurado algum débito referente a contribuições, empréstimos, coparticipações, inclusive de valores ainda não cobrados à Cabefe pela rede credenciada e de alguma utilização de carteira após solicitação, a quitação será de minha inteira responsabilidade como Titular, em conformidade com o Estatuto, Regulamento e Normas do Plano de Saúde administrado pela Cabefe.

Local/Data:

Assinatura _____