



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

TERMO DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Eu, _____, matrícula funcional nº _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, solicito a exclusão de meu dependente do Programa de Assistência à Saúde – PASA e/ou Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, abaixo relacionado, a partir de ___/___/___:

Nome Dependente	Data Nascimento	Grau de parentesco com o titular

SOS UNIMED: POSSUI NÃO POSSUI

Autorizo a CASACARESC, conforme acordo firmado com as Empresas Patrocinadoras, a proceder descontos referente às despesas médicas/odontológicas utilizadas por meu dependente no período em que estava ativo no Programa. Comprometo-me também a efetuar o pagamento integral das despesas de meu dependente, caso haja alguma utilização do plano de saúde após a data de exclusão.

Declaro estar ciente das informações que constam no artigo 15 da Resolução Normativa 412 - ANS (disponível em www.casacaresc.org.br) e de ter sido comunicado que o comprovante de efetiva exclusão como beneficiário desta operadora será encaminhado para o seguinte endereço:

ENDEREÇO DO DEPENDENTE PARA ENCAMINHAR COMPROVANTE DE EXCLUSÃO:

Rua: _____, nº _____, complemento _____

Bairro: _____, Cidade (UF) _____, CEP: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura Associado Titular

Assinatura, Data e Carimbo Representante Patrocinadora (EPAGRI/CIASC/CASACARESC) (Associado Ativo na Patrocinadora)

Assinatura do Dependente

OBSERVAÇÃO 1: obrigatória a assinatura do dependente na exclusão de cônjuge/companheiro(a) ou apresentação da averbação do divórcio ou dissolução de união estável.

OBSERVAÇÃO 2: Em cumprimento às exigências da ANS, é obrigatória a assinatura do representante da patrocinadora da região onde o associado está alocado para comprovar a ciência da patrocinadora em relação à exclusão do programa de associados ativos e/ou dependentes.