



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

## TERMO DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – EXCLUSÃO DE TITULAR

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula funcional nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, solicito minha **exclusão** e de meu(s) dependente(s) do Programa de Assistência à Saúde – PASA e dependente(s) do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, se for o caso, a partir de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

**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 mim e/ou por meus dependentes no período em que estava ativo no Programa. Comprometo-me também a efetuar o pagamento integral das minhas despesas e/ou de meus dependentes, 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](http://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 DESIGNADO PELO ASSOCIADO PARA ENCAMINHAR COMPROVANTE DE EXCLUSÃO:**

Rua: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade (UF) \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Associado Titular**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo Representante  
Patrocinadora (EPAGRI/CIASC/CASACARESC)  
(Associado Ativo na Patrocinadora)**

**ATENÇÃO:** 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.