



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 Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA e/ou Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, abaixo relacionado, na data de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome Dependente	Data Nascimento	Grau de parentesco com o titular

**Na exclusão do(a) beneficiário(a), é obrigatória a devolução das carteirinhas do plano de saúde.**

Declaro que realizei a entrega dos cartões:  CASACARESC / UNIODONTO  UNIMED

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](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 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:** 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.