



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 Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA e dependente(s) do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, se for o caso, na data de ____ / ____ / _____

Na exclusão do(s) beneficiário(s), 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 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) 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)**

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.