

1-Dados do Titular			
Nome:		Lotação:	
Telefone:	Email:	Matrícula:	
2- Dados da Solicitação de Exclusão			
Titular <input type="checkbox"/>		Dependente(s) <input type="checkbox"/>	
Nome do Dependente:		CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>	
Nome do Dependente:		CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>	
Nome do Dependente:		CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>	
3-Motivo da Exclusão do Contrato do Plano de Saúde			
<input type="checkbox"/> Meu cônjuge trabalha na CODEVASF e estou cadastrado (a) como dependente; <input type="checkbox"/> Insatisfação; <input type="checkbox"/> Opção por outra Operadora; <input type="checkbox"/> Incapacidade Financeira;		<input type="checkbox"/> Outro(s): Especificar: _____ _____ _____ _____	
4-Relação dos Cartões de Identificação devolvidos			
Beneficiário	Casec	Camed	Unimed
5-Informações sobre as conseqüências da Exclusão do Contrato do Plano de Saúde			
Estou CIENTE e ACEITO, sem restrições, que: 1-A exclusão do Plano de Saúde pelo titular implicará na exclusão de todos os dependentes; 2-O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar, no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; 3-O uso indevido dos serviços assistenciais após a exclusão do plano implicará no pagamento integral das despesas, além das penalidades previstas no Regulamento do Plano; 4- Que a solicitação de exclusão tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir desta data e horário; 5-Por se tratar de um plano coletivo empresarial, não há direito à portabilidade de carências; 6-As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou obrigações financeiras devidas relativas à cobertura assistencial oferecidas pela Casec (mensalidades, coparticipações, franquias, amortização de parcelamento e/ou parcela de negociação financeira parcelamentos), poderão ter seus valores atualizados a depender da apresentação pela rede credenciada ou livre escolha, do processamento da conta, sendo estes de responsabilidade do beneficiário. Os instrumentos de confissão e de assunção de dívidas permanecerão válidos devendo ser pagos conforme cronograma de vencimentos das parcelas; 7-Todas as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, bem como tributos, correrão por conta do titular; 8-A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.			

Local: _____ - _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura Titular: _____