

FICHA DE EXCLUSÃO
() Dependente () Agregado

Nome do titular:
Matrícula:

Nos termos do Regulamento do Plano FUNDAFFEMG-Saúde, solicito a exclusão do seguinte beneficiário, inscrito sob a minha responsabilidade.

DADOS DO DEPENDENTE/AGREGADO:

Nome:	
Data de Nascimento:	Grau de Parentesco:

DEVOLUÇÃO DOS DOCUMENTOS (OBRIGATÓRIA)

Carteira da FUNDAFFEMG	Sim ()	Não ()
Carteira de Convênio de Reciprocidade	Sim ()	Não ()
Carteira de Unimed	Sim ()	Não ()

Motivo da Exclusão:

Estou ciente de que os valores referentes à contribuição do mês de exclusão, proporcional aos dias permanecidos no Plano, bem como a coparticipação, oriunda de utilização anteriores à exclusão do Plano de Saúde, poderão ser apurados e cobrados após a data constante deste termo.

Responsabilizo-me integralmente por eventuais utilizações indevidas das carteiras não devolvidas, em meu nome, do beneficiário, ora excluído.

Declaro estar ciente que a entrega da documentação não é suficiente para exclusão do Plano de Saúde, devendo ser avaliado se os requisitos foram preenchidos, nos termos do Regulamento do Plano de Saúde da Fundaffemg.

Local _____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Titular

Ass. Dependente/Agregado

Exclusão deferida em ____/____/____

Diretoria Administrativa e Financeira

Unidade de Atendimento