

**FICHA DE EXCLUSÃO - TITULAR**

Nome do titular:
Matrícula:

**DEVOLUÇÃO DOS DOCUMENTOS (OBRIGATÓRIA)**

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

<b>Motivo da Exclusão:</b>

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**

Exclusão deferida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Diretoria Administrativa e Financeira**

\_\_\_\_\_  
**Unidade de Atendimento**