

FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL- EXCLUSÃO

1. DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO		MATRÍCULA/CPF	
E-MAIL		TELEFONE ()	
ENDEREÇO		CEP	
COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO	
DATA DE NASCIMENTO / /	ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

2. DADOS DO DEPENDENTE(S)/AGREGADO (S) A SEREM EXCLUÍDOS

Exclusão do(s) dependente(s)/agregado (s) abaixo; ou
 Exclusão do grupo familiar

Motivo	Nº Cartão beneficiário	Nome e CPF

MOTIVOS DE EXCLUSÃO – INDIQUE O PRINCIPAL			
01	Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular	07	Sem condições de manter o plano
02	Migração para outro plano	08	Insatisfeito com o atendimento do plano
03	Viagem ou mudança de domicílio	09	Plano está muito caro
04	Dificuldade com a rede	10	Insatisfação com o rol de cobertura
05	Dificuldade com agendamento	11	Óbito
06	Dificuldades na autorização		

Declaro estar ciente que:

a. Pelo presente termo a exclusão, a meu pedido, do beneficiário agregado acima de 24 anos impede o seu retorno ao Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – Planserv, nesta mesma condição, em razão de imposição legal prevista no art. 6º da Lei 9.528/05;

b. Os pedidos de exclusão realizados até o dia 28 do mês corrente terão seus descontos cessados no contracheque do mês subsequente;

c. A exclusão ocorrerá após 30 dias a contar do último desconto/pagamento;

d. Como titular do plano, comprometo-me a informar os dependentes/agregados acerca da sua exclusão;

e. A partir de 27/10/2020, o retorno a Assistência, ocorrerá acrescido ao valor, a parcela de risco, caso esta ocorra após 05 anos da data da posse do cargo ou concessão da pensão, conforme previsto no art. 10-A da lei 9.528/05.

Data: ____/____/____

ASSINATURA DO TITULAR
 (idêntica ao documento de identificação com foto apresentado)