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 ☐ M ☐ 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 outra modalidade (Planserv)	**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	**12**	Adesão a outro plano

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. Pedidos de exclusão realizados entre o dia 29 do mês antecedente e 28 do mês corrente serão implementados no mês corrente, uma vez que a data de corte administrativa é 28 de cada mês, exceto no mês de dezembro que que está sujeito ao cronograma da folha de pagamento;
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)