

**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			
<b>01</b>	Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular	<b>07</b>	Sem condições de manter o plano
<b>02</b>	Migração para outro plano	<b>08</b>	Insatisfeito com o atendimento do plano
<b>03</b>	Viagem ou mudança de domicílio	<b>09</b>	Plano está muito caro
<b>04</b>	Dificuldade com a rede	<b>10</b>	Insatisfação com o rol de cobertura
<b>05</b>	Dificuldade com agendamento	<b>11</b>	Óbito
<b>06</b>	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)