

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DA CONDIÇÃO DE RESPONSÁVEL FINANCEIRO**Dados cadastrais do titular**

NOME DO TITULAR (por extenso)	MATRICULA ELOSAÚDE
-------------------------------	--------------------

Na qualidade de titular do plano junto à ELOSAÚDE, devidamente identificado(a) acima, solicito o “Cancelamento da condição de Responsável Financeiro” do(a) beneficiário(a) abaixo:



Dados cadastrais do Responsável Financeiro

NOME DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (por extenso)		
MATRÍCULA ELOSAÚDE	CPF	PLANO

E para que se processe adequadamente o solicitado:

- Declaro que o referido beneficiário permanecerá cadastrado como dependente, nas mesmas condições cadastrais vigentes até a presente data sendo que, doravante, a responsabilidade financeira por seu plano (mensalidades, coparticipações e quaisquer outras despesas regulamentarmente permitidas, inclusive aquelas realizadas antes da presente alteração e ainda não quitadas junto à ELOSAÚDE) serão integralmente assumidas por mim.
- Declaro, ainda, que estou ciente de que a cobrança da ELOSAÚDE é feita prioritariamente em folha de pagamento e, caso não haja saldo na referida folha para a quitação integral do débito, será emitido boleto bancário – cujo vencimento ocorrerá sempre no dia 10 de cada mês – reiterando que assumo a responsabilidade de contatar a ELOSAÚDE antecipadamente à data de vencimento, caso haja extravio ou não recebimento do referido boleto.
- Declaro, por fim, que fui orientado sobre as datas de processamento da presente solicitação e que estou ciente de que tal alteração não poderá ser feita se existirem parcelas em aberto (mensalidades, coparticipações e/ou outros débitos) para o responsável financeiro em questão.

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO TITULAR DO PLANO	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO
 _____	 _____

PROTOCOLO:	Para uso da ELOSAÚDE: Visto do digitador: _____
------------	--