

Assinale a quem se destina a(s) exclusão(ões):                     Titular                     Dependentes                     Responsável Financeiro

**ATENÇÃO:** Conforme previsões legais e regulamentares a exclusão do TITULAR do plano implica em exclusão de todo o grupo familiar a ele vinculado.  
A exclusão do responsável financeiro transfere automaticamente para o titular a responsabilidade sobre os dependentes remanescentes.

NOME DO TITULAR DO PLANO (por extenso)

MATRÍCULA ELOSAÚDE

Solicito a(s) exclusão(ões) do(s) beneficiário(s) relacionado(s) e, para tanto:

- Declaro estar ciente da cessação do atendimento, da perda de eventuais carências já cumpridas, bem como dos demais benefícios e obrigações do Plano, decorrentes da presente solicitação, a partir da data de processamento da Exclusão solicitada, nos termos legais e regulamentares.
- Declaro ter conhecimento de que a exclusão não implica em quitação de débitos de qualquer natureza (mensalidades não quitadas e coparticipações decorrentes de serviços ainda não faturados pela ELOSAÚDE) originados anteriormente à data de efetivação da presente solicitação e, por esta razão, reconheço e concordo que eventuais débitos dessa natureza me sejam cobrados posteriormente.

Nome do Beneficiário	Matrícula ELOSAÚDE	DEVOLUÇÃO DOS CARTÕES (Assinale com "X" os cartões DEVOLVIDOS)		
		ELOSAÚDE	UNIMED	RECIPROCIDADE
		( )	( )	( ) Quais? _____
		( )	( )	( ) Quais? _____
		( )	( )	( ) Quais? _____
		( )	( )	( ) Quais? _____
		( )	( )	( ) Quais? _____

- Declaro, por fim, que conheço as implicações relativas à não devolução dos cartões do plano e assumo total responsabilidade por utilizações indevidas e/ou fraudulentas decorrentes da utilização de cartões não devolvidos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Protocolo ELOSAÚDE

Dig. em:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

\_\_\_\_\_  
Visto do digitador