

## SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO ATENÇÃO FAMÍLIA, CLÁSSICO E PREMIUM.

**Informe os dados do beneficiário titular vinculado à patrocinadora.**

Nome do titular ou pensionista (sem abreviatura):		Matrícula funcional (NP):	
E-mail:	Celular: (   )	Telefone: (   )	

Tenho total ciência que os dados pessoais e/ou sensíveis (dados de saúde) do titular e dependentes inclusive o da criança ou adolescente, da qual sou responsável legal, serão tratados pela Cemig Saúde nos termos estabelecidos em Lei, objetivando prestar o serviço de assistência à saúde.

**Assinale a alternativa desejada:**

<b>EXCLUSÃO DO TITULAR</b>	<b>EXCLUSÃO DO DEPENDENTE DIRETO</b>	<b>EXCLUSÃO DO DEPENDENTE INDIRETO</b>
----------------------------	--------------------------------------	--

É obrigação do beneficiário manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto à CEMIG SAÚDE.

**ATENÇÃO: A exclusão do titular implicará na exclusão dos seus dependentes diretos.**

<b>1</b>	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular (   )
<b>2</b>	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular (   )
<b>3</b>	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular (   )
<b>4</b>	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular (   )
<b>5</b>	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular (   )

## Motivo da exclusão

1. Insatisfação com os valores	2. Insatisfação com a rede credenciada disponível para o plano contratado (médicos, clínicas, laboratórios ou hospitais)	3. Insatisfação com o atendimento assistencial (utilização em consultas, laboratórios, exames, internações e demais serviços)
4. Insatisfação com o atendimento administrativo (suporte às solicitações, prazos de tratativa, canais de relacionamento)	5. Mudança de estado/país	6. Perda de vínculo (divórcio, encerramento de união estável, término da guarda ou tutela)
7. Óbito (Obrigatório anexar a certidão de óbito para formalizar a solicitação)		

### Estou ciente que:

- As utilizações do plano a partir desta data, por mim ou por qualquer um dos dependentes acima relacionados, são de minha inteira responsabilidade e arcarei com as despesas decorrentes do uso indevido, autorizando, a critério da Cemig Saúde, o desconto em folha de pagamento ou outra forma de cobrança.

Consequências da solicitação de exclusão de beneficiário titular ou dependente, conforme artigo 15 da Resolução Normativa - RN 561/22 da ANS:

- A exclusão do titular exclui todo o grupo familiar direto.
- A solicitação de exclusão tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da Cemig Saúde. Portanto, a reativação em caso de desistência não será possível;
- A cobrança relativa às despesas devidas será realizada conforme critério da Cemig Saúde;
- As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir do momento da sua solicitação de exclusão;
- É de responsabilidade do beneficiário titular ou responsável legal o pagamento de:
  - Mensalidades vencidas ou eventuais coparticipações devidas por serviços realizados antes da solicitação de exclusão;
  - As utilizações do plano de saúde e/ou OPCIONAIS a partir desta data, pelo titular ou por qualquer dependente acima relacionado;
- A solicitação de exclusão, em caso de eventual reingresso no plano de saúde, implicará:
  - No cumprimento de novo período de carência;
  - Perda do direito ao exercício da portabilidade de carências (quando aplicável);
  - Condições atualizadas: de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, etc.

Diante das informações acima relacionadas, informo que desejo permanecer com a exclusão.

### Declaro:

1- O beneficiário, acima qualificado, titular dos dados sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que mesmo após a exclusão do plano, autoriza e tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Cemig Saúde, por seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal e regulatória e até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente.

---

Local e Data

---

Assinatura do Titular

---

Assinatura do dependente indireto

---

Assinatura do responsável financeiro

---

Assinatura do responsável legal / curador (se houver)