

Solicitação de exclusão POD Superior

Dados do beneficiário titular vinculado a patrocinadora.

Patrocinadora do beneficiário titular:

Cemig GT
Cemig DCemig Holding
GasmigForluz
Sá CarvalhoCEMIG SIM
Cemig Saúde

Matrícula funcional:

CPF:

Nome completo e sem abreviações:

Celular

E-mail

Assinale a alternativa desejada:

EXCLUSÃO
DO TITULAREXCLUSÃO DO
DEPENDENTE DIRETOEXCLUSÃO DO
DEPENDENTE INDIRETO

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

1	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular ()
2	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular ()
3	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular ()
4	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular ()
5	Nome do dependente		CPF
	Data Nascimento	Parentesco	Celular ()

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.
- Declaro ter ciência de que deverei pagar, a título de pedágio, o valor correspondente a seis contribuições mensais (valor fixo) caso o meu pedido de exclusão seja inferior a 12 meses de permanência no plano, e que todas as informações referentes à utilização do plano odontológico estão descritas no Manual de Utilização do POD, disponível no portal da Cemig Saúde

Consequências da solicitação de exclusão de beneficiário titular ou dependente, conforme artigo 15 da Resolução Normativa - RN412/17 da ANS:

1. A exclusão do titular exclui todo o grupo familiar direto.
2. 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;
3. A cobrança relativa às despesas devidas será realizada conforme critério da Cemig Saúde;
4. As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir do momento da sua solicitação de exclusão;
5. 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;
6. 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:

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 Titular

Assinatura do dependente indireto

Assinatura do responsável financeiro

Assinatura do responsável legal / curador (se houver)