

EXCLUSÃO DO PLANO			
BENEFICIÁRIO TITULAR:			
CPF:			
TELEFONE:			
ENDEREÇO:			
E-MAIL:			
EXCLUSÃO:	TITULAR () AGREGADO () DEPENDENTE ()		
*LEGISLAÇÃO RELEVANTE			
Decreto Nº 5.729, de 17 de maio de 2005 Art. 7º, § 1º A exclusão dos Beneficiários (titulares), implicará no desligamento automático de seus dependentes e agregados. Art. 7º, § 4º A exclusão do usuário não implicará em isenção da contribuição devida no mês da exclusão, como também de valores que venham a surgir decorrentes dos atendimentos prestados conforme legislação vigente e o disposto neste Regulamento, sendo certo, ainda, que a exclusão do Usuário durante sua internação, fará com que as despesas daí decorrentes sejam de responsabilidade dos Beneficiários.			
MOTIVO DA EXCLUSÃO:			
()	ÓBITO – ANEXAR CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO.		
()	PERDA DE VÍNCULO.		
()	OUTROS:		
	NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF:	DATA NASC:
() Dep. () Agreg.			__/__/__
() Dep. () Agreg.			__/__/__
() Dep. () Agreg.			__/__/__
() Dep. () Agreg.			__/__/__
() Dep. () Agreg.			__/__/__
OBS: Ressaltamos que o(a) beneficiário(a) esta ciente do débito em aberto: SIM () E-MAIL () PRESENCIAL () Cuiabá, ____ de _____ de ____ Assinatura do titular: _____			
ATENDIDO POR:		VISTO: _____	