



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a **exclusão** como associado(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde através do **PLANO SIM SORRIR**, registrado na ANS sob nº 469.217.13-9, conforme segue:

1. Exclusão Associado Titular

Minha exclusão e consequentemente do(s) meu(s) dependente(s) no Plano SIM Sorrir

2. Exclusão Dependentes

A exclusão do(s) meu(s) dependente(s) no Plano SIM Sorrir abaixo indicados:

Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	CPF	Sexo (M/F)

1. Estou ciente que devo devolver os cartões do Plano SIM Sorrir/Uniodonto no momento da exclusão, caso contrário me responsabilizo pelo uso indevido do mesmo e assumo os ônus da sua utilização indevida conforme previsto no regulamento do plano;

2. Na oportunidade me responsabilizo pelas despesas de contribuições mensais, das participações sobre os serviços médicos utilizados por mim e/ou meus dependentes, bem como a(s) mensalidade(s) do Plano SIM Sorrir, ciente que sobre os valores pagos com atraso incidirão juros e correções conforme previsto no regulamento do plano.

Local: _____

Data: ____/____/20____

Assinatura Associado