



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, como beneficiários(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde do PLANO NOVO SIM SAÚDE, registrado na ANS sob nº 484.323/19-1, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a(s) **exclusão(ões)**, conforme segue:

1. Exclusão Associado Titular

() Minha exclusão e conseqüentemente do(s) meu(s) dependente(s) no Plano Novo SIM Saúde e familiares agregados no Plano SIM Família, se for o caso.

2. Exclusão Dependentes

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

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

1. Estou ciente que devo devolver os cartões do Plano 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 Novo SIM Saúde, ciente que sobre os valores pagos com atraso incidirão juros e correções conforme previsto no regulamento do plano.

Local: _____

Data: ____ / ____ /20____

Assinatura Beneficiário Titular