



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, inscrito(a) no CPF 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 conseqüentemente 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 Completo	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	CPF	Houve Devolução Cartão?

- 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) É de responsabilidade do beneficiário o pagamento das mensalidades vencidas e a vencer, tendo em vista que o plano da SIM é pós-pago, bem como eventuais coparticipações devidas pelos serviços realizados antes da solicitação de cancelamento/exclusão;
- 3) É de responsabilidade do beneficiário as despesas decorrentes de eventuais serviços de saúde utilizados após a data da solicitação de cancelamento/exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;
- 4) A SIM não irá arcar com qualquer despesa de eventuais procedimentos, ainda que já tenham sido autorizados, que venham a ser realizados após a solicitação de cancelamento/exclusão do contrato.

IMPORTANTE: Para validação do requerimento se faz necessário o envio de um documento de identificação junto a este.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura Beneficiário(a) Titular