

## SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO PROGRAMA ODONTOLÓGICO - POD

Nome do titular ou pensionista:		Matrícula:
Endereço:	Nº:	Complemento:
Bairro:	CEP:	
Estado:	Cidade:	Telefone: (    )
E-mail:		Celular: (    )

Comunicamos que os dados acima informados serão utilizados para atualizar nossa base cadastral.

### Assinale a alternativa desejada:

EXCLUSÃO DO TITULAR

EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

É obrigação do beneficiário manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto à CEMIG SAÚDE.

**ATENÇÃO:** A exclusão do titular implicará na exclusão dos dependentes.

Nº	Nome do dependente	Parentesco	Data Nascimento	CPF
01				
02				
03				
04				

Estou ciente que:

- As utilizações do POD 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*:

- A exclusão do titular exclui todo o grupo familiar.
- 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;
- A cobrança relativa às despesas devidas será realizada conforme critério da Cemig Saúde;
- As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir do momento da sua solicitação de exclusão;
- 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 PSI a partir desta data, pelo titular ou por qualquer dependente acima relacionado;*
- 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.

Assinatura do titular ou responsável legal:

Protocolo Cemig Saúde: