

**NÚMERO DA MATRÍCULA:**

1 - Eu \_\_\_\_\_, Titular/Responsável Financeiro solicito o desligamento do plano de saúde da Assistência Médica Infantil Ltda. e dos seguintes integrantes do meu grupo familiar:

( ) do próprio Titular

( ) dos seguintes dependentes:

Matrícula: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO DESLIGAMENTO: \_\_\_\_\_

2 - Declaro estar ciente de que no ato do desligamento comprometo-me a devolver a(s) carteira(s) do(s) beneficiário(s) que está(rão) sendo desligado(s). Caso a(s) carteira(s) do plano assistencial não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou responsável pelo pagamento de quaisquer utilizações indevidas após a efetivação do meu desligamento.

3 - Declaro ainda estar ciente de que minha exclusão somente será processada mediante apresentação deste requerimento devidamente assinado.

4 - Declaro, também, que estou ciente que, ao solicitar desligamento(s), a Assistência Médica Infantil Ltda. realizará pesquisas na minha matrícula referente a todas as inscrições de minha responsabilidade e, caso seja apurado algum débito referente às contribuições ou co-participações, inclusive co-participações de valores que ainda não foram cobrados pela rede credenciada, a quitação será de minha inteira responsabilidade como titular/Responsável financeiro.

As informações acima prestadas são expressão da verdade, motivo pelo qual firmo o presente termo em duas vias, de igual forma e teor.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR