



Solicitação de Desligamento de Dependentes-Agregados dos Planos e Serviços Assistenciais Administrados pela CAPESESP

ANS - nº 324477

Protocolo nº

Informações do Titular

Matrícula	Nome completo
-----------	---------------

Preencher os campos com os dados do dependente agregado e assinalar o plano a ser desligado

Matrícula	Nome completo	CPF
☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 2 (reg. nº 433385/00-3) ☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 3 (reg. nº 433387/00-0)) ☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 4 (reg. nº 449371/04-1) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 2 (reg. nº 433386/00-1) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 3 (reg. nº 433388/00-8) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 4 (reg. nº 449372/04-9)		☐ Sob Medida Família Nordeste Enfermaria (reg. nº 466827/12-8) ☐ Sob Medida Família Norte-Centro-Oeste Enfermaria (reg. nº 466837/12-5) ☐ Sob Medida Família Sudeste Enfermaria (reg. nº 466835/12-9) ☐ Sob Medida Sul Família Enfermaria (reg. nº 466833/12-2) ☐ Assistência Odontológica I (reg. nº 456556/07-8) ☐ CAPESAÚDE Urgente
☐ MOTIVO (indicar código do motivo do desligamento constante no verso deste formulário)		

Matrícula	Nome completo	CPF
☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 2 (reg. nº 433385/00-3) ☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 3 (reg. nº 433387/00-0)) ☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 4 (reg. nº 449371/04-1) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 2 (reg. nº 433386/00-1) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 3 (reg. nº 433388/00-8) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 4 (reg. nº 449372/04-9)		☐ Sob Medida Família Nordeste Enfermaria (reg. nº 466827/12-8) ☐ Sob Medida Família Norte-Centro-Oeste Enfermaria (reg. nº 466837/12-5) ☐ Sob Medida Família Sudeste Enfermaria (reg. nº 466835/12-9) ☐ Sob Medida Sul Família Enfermaria (reg. nº 466833/12-2) ☐ Assistência Odontológica I (reg. nº 456556/07-8) ☐ CAPESAÚDE Urgente
☐ MOTIVO (indicar código do motivo do desligamento constante no verso deste formulário)		

Matrícula	Nome completo	CPF
☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 2 (reg. nº 433385/00-3) ☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 3 (reg. nº 433387/00-0)) ☐ CAPESAÚDE Assistência Básica 4 (reg. nº 449371/04-1) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 2 (reg. nº 433386/00-1) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 3 (reg. nº 433388/00-8) ☐ CAPESAÚDE Assistência Superior 4 (reg. nº 449372/04-9)		☐ Sob Medida Família Nordeste Enfermaria (reg. nº 466827/12-8) ☐ Sob Medida Família Norte-Centro-Oeste Enfermaria (reg. nº 466837/12-5) ☐ Sob Medida Família Sudeste Enfermaria (reg. nº 466835/12-9) ☐ Sob Medida Sul Família Enfermaria (reg. nº 466833/12-2) ☐ Assistência Odontológica I (reg. nº 456556/07-8) ☐ CAPESAÚDE Urgente
☐ MOTIVO (indicar código do motivo do desligamento constante no verso deste formulário)		

Declaro ter conhecimento de que os desligamentos efetuados por solicitação escrita do TITULAR durante o mês só poderão ser efetivados com vigência a partir do dia 1º do mês subsequente, não gerando, dessa forma, devolução proporcional de contribuição mensal. Caso a(s) carteira(s) do Plano de Benefícios Assistenciais não seja(m) devolvida(s), estou ciente de que sou o responsável pelo pagamento de qualquer utilização indevida após o desligamento.

Declaro, também, que estou ciente que, ao solicitar desligamento(s), a CAPESESP realizará pesquisas na matrícula de todas as inscrições de minha responsabilidade e, caso seja apurado algum débito referente a contribuições, coparticipações, inclusive coparticipações de valores que ainda não foram cobrados à CAPESESP pela rede credenciada e de alguma utilização da carteira do CAPESAÚDE em período de suspensão, a quitação será de minha inteira responsabilidade como Titular, em conformidade com os parágrafos primeiro e segundo do artigo 7º e o artigo 9º do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e demais dispositivos regulamentares.

_____/_____/_____. Assinatura do Titular ou do Agregado do Instituidor Falecido

Obs.: O Regulamento deste Plano encontra-se disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço www.capesesp.com.br.

Tabela de Motivos para desligamento

1. Custo do Plano
2. Insatisfação com o atendimento da CAPESESP
3. Insatisfação com a qualidade da rede credenciada
4. Insatisfação com a quantidade de rede credenciada
5. Insatisfação com a cobertura do plano
6. Tornou-se dependente do cônjuge em outro plano