

## SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Eu, \_\_\_\_\_ sócio (a) da ASCEFET (ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO CEFET-MG), matrícula SIAPE N.º \_\_\_\_\_, portador(a) da carteira de identidade N.º \_\_\_\_\_ CPF N.º \_\_\_\_\_, solicito a **exclusão** dos usuários abaixo relacionados no plano de assistência odontológica, conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO.

**Declaro estar ciente que:**

- Este pedido implica na perda de todos os direitos de utilização do plano de assistência odontológica a partir da exclusão do plano que ocorrerá no dia \_\_\_\_\_ do mês de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Caso a exclusão não ocorra nesta data outra será agendada e comunicada ao titular do plano.

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Endereço do titular		Número
Bairro	Cidade	CEP
E-mail		
Telefone de casa ( )	Telefone Celular ( )	Telefone do local de trabalho ( )

Declaro que estou ciente e concordo que as informações fornecidas neste formulário sejam coletadas, armazenadas, utilizadas e, quando necessário, compartilhadas pela ASCEFET exclusivamente para a execução de finalidades administrativas e estatutárias, conforme previsto no Estatuto Social e na legislação aplicável. A ASCEFET se compromete a tratar os dados em conformidade com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a confidencialidade, a integridade e a proteção contra acessos não autorizados ou situações de uso indevido.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Para uso da ASCEFET