



Ministério Público da União

Programa de Saúde e Assistência Social - PLAN-ASSISTE

**TERMO DE COMPROMISSO PARA  
CURSO DE FORMAÇÃO**

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

PERMANÊNCIA NO PROGRAMA CONFORME ART.8º DO REGULAMENTO GERAL DO PLAN-ASSISTE

NOME

MATRÍCULA

ÓRGÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO

TELEFONE

CARGO

VALOR DA BOLSA (ANEXAR COMPROVANTE)

De acordo com o Art. 8º do Regulamento Geral do Plan-Assiste, solicito minha permanência como beneficiário deste Programa de Saúde durante o período de minha participação em curso de formação;

Estou ciente de que o atraso no pagamento das parcelas devidas acarretará minha exclusão imediata deste Programa de Saúde;

Estou ciente de que o valor das parcelas de contribuição e custeio em favor do Plan-Assiste serão calculadas com base no valor da bolsa do Curso de Formação e de acordo com o Regulamento Geral do Plan-Assiste;

Comprometo-me a proceder ao pagamento das parcelas de contribuição mensal e custeio, quando houver, por meio de depósito na conta corrente nº \_\_\_\_\_, agência \_\_\_\_\_, do Banco do Brasil, em favor do Plan-Assiste.

LOCAL E DATA

ASSINATURA