



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

ANEXO IV

NORMA COMPLEMENTAR Nº 13/2017

REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO

Venho pelo presente requerer o desligamento do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União do(s) beneficiário(s) abaixo indicado(s). Os débitos em meu nome porventura existentes deverão ser descontados conforme a opção assinalada, observado o disposto no art. 10 do Regulamento Geral em vigor a partir de 21 de janeiro de 2017.

Declaro estar ciente de que o eventual reingresso ao Plan-Assiste somente poderá ocorrer após 06 (seis) meses a partir desta data, com observância das carências previstas no art. 12 do Regulamento Geral do Programa.

NOME DO TITULAR	MATRÍCULA
------------------------	------------------

DESLIGAMENTO
<input type="checkbox"/> Do titular e respectivos dependentes e beneficiários especiais, <input type="checkbox"/> com <input type="checkbox"/> sem a devolução das carteiras.
<input type="checkbox"/> Do(s) dependente(s) e/ou beneficiário(s) especial(is) abaixo identificados.

NOME DO DEPENDENTE / BENEFICIÁRIO ESPECIAL	PARENTESCO	CARTEIRAS DEVOLVIDAS?	
		SIM	NÃO

MOTIVO DO DESLIGAMENTO _____ _____	QUITAÇÃO DOS DÉBITOS () Integral () Parcelamento
---	---

Caso a(s) carteira(s) não sejam devolvida(s), assumo total responsabilidade por qualquer despesa realizada junto à rede credenciada advinda do uso indevido da(s) mesma(s). Estou ciente de que esta cláusula somente será anulada com a devolução desses itens, sem, contudo, implicar no cancelamento da despesa porventura efetuada.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
---------------------	-------------------

PARA USO DO PLAN-ASSISTE	
Declaro que o(s) beneficiário(s) acima relacionados foi(foram) desligado(s) do Plan-Assiste nesta data.	
LOCAL E DATA	ASSINATURA E CARIMBO