



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

ANEXO IV NORMA COMPLEMENTAR Nº 18/2020

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 no ato do desligamento serão liquidados na forma como disposto no art. 10 do Regulamento Geral em vigor. Desde já autorizo a emissão de cobrança contra minha pessoa de eventuais débitos futuros decorrentes de guias de atendimento não processadas até a presente data.

Declaro estar ciente de que, no caso de permanência de vínculo com o MPU, o eventual reingresso ao Plan-Assiste somente poderá ocorrer após 6 (seis) meses a partir desta data, com observância das carências previstas no art. 12 do Regulamento Geral do Programa.

NOME DO TITULAR		MATRÍCULA
ENDEREÇO ATUAL COMPLETO		
E-MAIL PESSOAL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

DESLIGAMENTO <input type="checkbox"/> Do titular e respectivos dependentes e beneficiários especiais, quando houver. <input type="checkbox"/> Do(s) dependente(s) e/ou beneficiário(s) especial(is) abaixo identificado(s):			
NOME DO DEPENDENTE / BENEFICIÁRIO ESPECIAL	PARENTESCO	CARTEIRAS DEVOLVIDAS?	
		SIM	NÃO

MOTIVO DO DESLIGAMENTO <input type="checkbox"/> Exoneração / Desligamento do MPU <input type="checkbox"/> Posse em outro Órgão da Administração Pública – Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outros – Identificar motivo: _____

Caso a(s) carteira(s) não seja(m) 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 relacionado(s) foi(foram) desligado(s) do Plan-Assiste nesta data.	
LOCAL E DATA	ASSINATURA