



**Ministério Público da União**  
**Programa de Saúde e Assistência Social - PLAN-ASSISTE**

**DESLIGAMENTO DO PLAN-ASSISTE**

Venho pelo presente solicitar 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.

Declaro estar ciente de que o eventual reingresso ao Plan-Assiste somente poderá ocorrer após 06 (seis) meses a partir desta data, com observância da carência de 03 (três) meses e, no caso de reinclusão do titular, do pagamento da contribuição suplementar, somada à contribuição mensal, conforme o art. 4º da Norma Complementar nº 1 do Conselho Gestor do Plan-Assiste, de 21 de dezembro de 2007.

**PREENCHER COM LETRA DE FORMA.**

NOME	MATRÍCULA
------	-----------

DESLIGAMENTO	
( ) Do titular e dependentes - Devolução de carteira/cartões ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Do(s) dependente(s) abaixo indicado(s)

DEPENDENTE	PARENTESCO	DEVOLUÇÃO DE CARTEIRA/CARTÕES	
		SIM	NÃO

MOTIVO DO DESLIGAMENTO	OPÇÃO DE QUITAÇÃO DOS DÉBITOS ( ) Integral ( ) Parcelamento
------------------------	--

Caso a carteira ou cartões não sejam devolvidos, assumo total responsabilidade por qualquer despesa realizada junto à rede credenciada advinda do uso ilegal do(s) mesmo(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