



### TERMO DE DESLIGAMENTO PARA DEPENDENTES / AGREGADOS PAS-UFMS

TITULAR:						SIAPE:	
DATA NASC:		CPF:		CELULAR:			
EST. CIVIL:		LOTAÇÃO:		RAMAL			
ENDEREÇO:					CEP:		
CIDADE:		UF:		BAIRRO:			
E-MAIL						FIXO:	

Motivo do cancelamento:

- Financeiro  
 Insatisfação com a rede credenciada  
 Possui outro plano de saúde  
 Outros \_\_\_\_\_

Denominado TITULAR, venho, pelo presente, requerer o desligamento de dependentes / agregados do Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – PAS-UFMS, e declaro estar **CIENTE e DE ACORDO** que:

1. Sou responsável pela devolução ao PAS-UFMS, do (s) Cartão (s) do (s) meu (s) Beneficiário(s), ficando responsável integralmente pelas despesas realizadas, ainda que liberadas anteriormente, após a data do desligamento.
2. No caso de reinclusão, os dependentes / agregados cumprirão todas as carências estabelecidas, novamente.

**DEPENDENTES E/OU AGREGADOS A SEREM EXCLUÍDOS:**

<u>NOME DO BENEFICIÁRIO</u>	<u>CLASSIFICAÇÃO</u>	<u>DATA NASCIMENTO</u>

Sendo assim, nestes termos, solicito deferimento do meu pedido de desligamento do PAS-UFMS, aceitando as condições acima expostas. Declaro também que as informações prestadas neste termo são verídicas, pelas quais assumo as responsabilidades legais, nos termos do Código Civil e LEI 8.112/1990. Comprometo-me ainda, fornecer a qualquer tempo, todo e qualquer documento solicitado pela Coordenadoria de Assistência de Saúde e pelo Colegiado do PAS-UFMS.

Local \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Titular ou Pensionista**