Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

TERMO DE DESLIGAMENTO – TITULAR 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 _____

ora denominado TITULAR**, venho, pelo presente, requerer** o desligamento 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 meu Cartão de Identificação, bem como do (s) Cartão (s) do (s) meu(s) Beneficiário (s), ficando responsável integralmente pelas despesas realizadas, ainda que liberadas anteriormente, após a data de perda do vínculo.
2. O meu desligamento do PAS-UFMS acarretará o desligamento de todos os meus dependentes/agregados.
3. Caso haja algum débito pendente, vinculado à minha adesão, deverei permanecer vinculado ao PAS-UFMS até quitar todo o meu saldo devedor, inclusive de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s).
4. No caso de reinclusão, cumprirei todas as carências estabelecidas, novamente.

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

DIPAS / CAS / PROGEP
Cidade Universitária, s/n * Fone: (67) 3345-7121 / 7429
79070-900 * Campo Grande (MS) *
http://www.pas.ufms.br e-mail: pas@ufms.br