

**REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DO TITULAR OU DEPENDENTE – PLANSAÚDE
SERVIDOR ATIVO/INATIVO****Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente e sem rasuras.****DADOS DO TITULAR DO PLANO**

Nome Completo:		Matrícula:	CPF:
Órgão de Lotação:		Telefone para Contato:	
End.:		Cidade/UF:	
Cep.:	Bairro:	Email:	

TIPO DE EXCLUSÃO

Venho requerer:

- EXCLUSÃO DO TITULAR
 EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)
 EXCLUSÃO DE TITULAR, PARA SER INCLUÍDO NA CONDIÇÃO DE DEPENDENTE

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

Nome Completo:	Sexo:	CPF:	Grau de Parentesco
Nome Completo:	Sexo:	CPF:	Grau de Parentesco
Nome Completo:	Sexo:	CPF:	Grau de Parentesco
Nome Completo:	Sexo:	CPF:	Grau de Parentesco
Nome Completo:	Sexo:	CPF:	Grau de Parentesco

Declaro estar ciente que:

A Exclusão deverá ser acompanhada do cartão de identificação, e caso não esteja de posse do mesmo, deverá assinar e anexar um Termo de Responsabilidade, disponibilizado no site da Secretaria da Administração (www.secad.to.gov.br);
A exclusão a pedido gera ao titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas com ele e seus dependentes, nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período, devendo procurar o Setor Financeiro do PLANSAÚDE, para as providências necessárias quanto às verificações dos débitos;
O cancelamento da inscrição não gera o direito de haver as importâncias pagas;
A cobertura dos benefícios do PLANSAÚDE estará disponível até o dia 07 do mês subsequente do pagamento da última mensalidade;
Qualquer tipo de procedimento realizado, posterior à exclusão, será de inteira responsabilidade do titular, que deverá restituir integralmente os valores devidos ao PLANSAÚDE;
O débito do ex-assistido que continua com vínculo no Estado continuará incidindo em folha de pagamento até a efetiva quitação;
O débito do titular que foi excluído do Plano, quando não quitado, será inscrito na dívida ativa do Estado;
A exclusão do titular e seus dependentes será efetuado de acordo com o requerimento onde será realizado o levantamento de débitos junto ao Plano, nos termos do § 2º, do art. 8º, da Lei nº 2.296/10;
A exclusão do titular, para ser incluído na condição de dependente de outro servidor titular, deverá ser acompanhada do requerimento de inclusão, observando-se se o atual titular percebe remuneração ou subsídio superior ao dependente, caso contrário será indeferido o pedido da troca de titularidade.

Local e Data

Assinatura do Titular

Uso exclusivo do PLANSAÚDE, para controle do recebimento, cadastro e conferência do respectivo requerimento.

Responsável:	Data do Recebimento:	Digítador:	Data da Exclusão:	Nº do Prontuário:	Conferente:	Data da Conferência:
--------------	----------------------	------------	-------------------	-------------------	-------------	----------------------

----- destacar aqui -----

**REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DO TITULAR OU DEPENDENTE – PLANSAÚDE
SERVIDOR ATIVO/INATIVO****Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente e sem rasuras.**

Nome do Titular do Plano:		
Venho requerer :		
<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DO TITULAR	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE TITULAR, PARA SER INCLUÍDO NA CONDIÇÃO DE DEPENDENTE
Local e Data		Carimbo/Data/Assinatura do responsável pelo recolhimento das informações