

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Servidor	
CPF:	

Solicito o cancelamento na Assistência à Saúde do SEPREV:			
<input type="checkbox"/> de minha própria inscrição na qualidade de beneficiário titular, ciente de que este cancelamento acarreta no cancelamento automático da inscrição de todos os meus beneficiários dependentes;			
<input type="checkbox"/> do(s) beneficiário(s) dependente(s) indicado(s) a seguir:			
Requerimento	1	Nome	Parentesco:
		Motivo	
	2	Nome	Parentesco:
		Motivo	
	3	Nome	Parentesco:
		Motivo	
	4	Nome	Parentesco:
		Motivo	

Declarações	<p>DECLARO para os devidos fins que procedi voluntariamente o pedido de cancelamento da Assistência à Saúde do SEPREV e recebi orientação quanto às consequências e das regras aplicadas em caso de eventual intenção de nova inscrição, constantes na Lei n.º 6.856/2017 e no Regulamento da Assistência à Saúde, sujeitando-me às seguintes regras:</p>		
	<input type="checkbox"/> Não poderei solicitar a reinscrição na Assistência à Saúde dentro do prazo de 1 (um) ano, contados da data da assinatura desse documento;		
	<input type="checkbox"/> Após decorrido o prazo de 5 (cinco) anos, contado da data desse documento, não poderei realizar nova inscrição na Assistência à Saúde do SEPREV, exceto se nomeado em novo cargo de provimento efetivo (no prazo e condições legais);		
	<input type="checkbox"/> Em qualquer tempo, a reinscrição na Assistência à Saúde somente poderá ser realizada se eu possuir 50 (cinquenta) anos de idade ou menos, na data da solicitação;		
	<input type="checkbox"/> Em hipótese alguma a reinscrição poderá ser realizada na qualidade de aposentado ou pensionista;		
	<input type="checkbox"/> Todos os requisitos exigidos acima são cumulativos, devendo integralmente ser preenchidos para eventual reinscrição na Assistência à Saúde; e		
	<input type="checkbox"/> Declaro que estou ciente e de acordo com as regras explicitadas e mesmo assim mantenho minha decisão em prosseguir com a exclusão.		

Data:	Assinatura
--------------	-------------------

Para uso exclusivo do SEPREV:

Data, carimbo e assinatura do responsável pela conferência inicial dos documentos
