

## SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO

Titular:

Matrícula:  Unidade:

De acordo com o Artigo 5º, Parágrafo Primeiro, ou Artigo 9º, inciso III, alínea "a" do Regulamento do Plano de Assistência Médica dos Empregados da Embrapa, solicito minha exclusão e de meu(s) dependente(s) do Plano, a partir de \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

- Desligamento Definitivo  Rescisão Contratual com a Embrapa
- Desligamento Temporário (Afastamento ao exterior por período superior a 06 meses)  Suspensão de Contrato de Trabalho com a Embrapa (somente para empregado em atividade)

Para fins de cumprimento do Parágrafo Terceiro do Artigo 9º, do Regulamento, relaciono a seguir a minha carteira(s) e de meu(s) dependente(s) que estou devolvendo junto a este formulário.

Nº	Nome Completo	Número da Carteira
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro estar ciente que:

- Para solicitar exclusão, devo estar em dia com o pagamento de todas as contribuições com o Plano, evitando cobrança judicial e/ou negativação nos órgãos de controle de crédito.
- No caso de possuir despesas a quitar, me comprometo a quitá-las mediante o recebimento de boleto para pagamento.
- No caso da não devolução de carteira(s) do(s) meu(s) dependente(s), assumo inteira responsabilidade por eventuais usos indevidos após o meu desligamento.
- Após retornar do exterior ou de suspensão de contrato solicitar a reinscrição no Plano até 30 dias, para que não haja o cumprimento do prazo de carência.

Local

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

### RESERVADO À CASEMBRAPA:

Ciente em: \_\_/\_\_/\_\_

Associado desligado em: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_