

Solicitação de Desligamento do Plano de Saúde STF-Med

Dados do Titular

Nome completo		Matrícula	
Endereço		Bairro	
Cidade		UF	
		CEP	
E-mail particular			
E-mail institucional			
Telefone residencial		Telefone celular	

Solicito o desligamento do Plano de Saúde do Supremo Tribunal Federa - STF-MED do(s) seguinte(s) beneficiário(s):

☐ Titular (o desligamento do titular acarreta o desligamento de todos os dependentes e agregados).

☐ Dependente(s) e/ou Agregado(s) indicado(s) abaixo:

Nome		Motivo do desligamento	
Nome		Motivo do desligamento	
Nome		Motivo do desligamento	
Nome		Motivo do desligamento	

Termo de Desligamento

Declaro estar ciente de que, após o meu desligamento, poderá ocorrer cobrança de contribuições e/ou de custeio decorrentes da utilização do plano de saúde, nos termos do Regulamento Geral do STF-Med (Resolução n. 799/2023).

Comprometo-me a devolver os cartões de atendimento do Plano de Saúde STF-Med e da operadora parceira contratada, meu e/ou do(s) meu(s) dependente(s) e agregado(s).

Caso o(s) cartão(ões) não seja(m) devolvido(s), assumo total responsabilidade pro qualquer despesa realizada advinda do uso ilegal.

Observações:

Local e Data:

Assinatura do titular: