



Requerimento

CANCELAMENTO DE DEPENDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: _____ Ponto/Matrícula: _____

Lotação: _____ Ramal: _____

Cargo: _____

Grupo: Escolher um Grupo _____ Outros: _____

1. Requer a Vossa Senhoria, nos termos do Regulamento do Programa, anexo ao [Ato da Mesa nº 75/2006](#), o cancelamento da inscrição do(s) dependente(s) abaixo relacionado(s):

Nome: _____

Validade da carteira: dia/ mês/ ano

Nome: _____

Validade da carteira: dia/ mês/ ano

Nome: _____

Validade da carteira: dia/ mês/ ano

2. Justificativa:

Termo de responsabilidade

Declara assumir total responsabilidade por qualquer despesa médico-hospitalar decorrente do uso indevido do(s) cartão (ões) do(s) dependente(s) acima relacionado(s) por ocasião desse pedido de cancelamento.

Declara, ainda, que o(s) referido(s) dependente(s) está(ão) ciente(s) do seu cancelamento no Programa.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. O Regulamento do Pró-Saúde, anexo ao [Ato da Mesa nº 75/2006](#), prevê, a pedido do titular, manutenção de ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) na qualidade de dependente especial, mediante contribuição mensal, fixada de acordo com a faixa etária do beneficiário(a) e desde que receba pensão alimentícia do titular registrada no Departamento de Pessoal, nos termos do disposto no §§ 5º e 6º do art. 14, referido regulamento. A manutenção do dependente nesta condição deve ser solicitada pelo titular num prazo de 30 dias da data da alteração havida na relação de dependência, nos termos do disposto no art. 7º, da Instrução nº 02/2022.

2. Por ocasião deste pedido de cancelamento, o titular se compromete a inutilizar todas as carteiras válidas do Programa em seu poder, pertencentes ao(s) beneficiário(s) cancelado(s).

TRAMITAÇÃO

1º. CADASTRO-PRÓ-SAÚDE.UT

Brasília-DF, Data da solicitação

Assinatura