

Matrícula do TCU	Nome do Titular
------------------	-----------------

Marque a operadora que irá realizar o desligamento:

AMIL

BRADESCO

BB DENTAL

1- TIPO DE DESLIGAMENTO (marque somente uma das opções abaixo, preenchimento obrigatório)

DESLIGAMENTO NORMAL (Realizado até o 2º dia útil do mês e o plano pode ser utilizado até o final do mês da solicitação)

Perda da Dependência

Solicitação do Titular

Vacância

DESLIGAMENTO IMEDIATO (Obrigatório a informação da data e horário que deseja que o plano seja desativado.)

DATA:

HORÁRIO:

Óbito

Vacância

Portabilidade (Ao exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino. Realizada conforme capítulo IV, Art. 18 da RN nº 438, de 3/12/2018.)

RN 561/ANS (Realizado de imediato conforme previsto na Resolução Normativa da ANS nº 561. O formulário deve ser entregue de imediato no atendimento do Pro-TCU ou enviado para o e-mail: pro-tcu@tcu.gov.br das 10h às 17h de segunda à sexta, para que o desligamento seja realizado na operadora de saúde na data e horário solicitado. Este tipo de desligamento tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora, conforme previsto no Art. 15, inciso II)

2- SOLICITAÇÃO (preenchimento obrigatório)

Solicito o desligamento dos beneficiários abaixo indicados, conforme previsto no inciso I do art. 10 do Regulamento Geral do Pro-TCU.

TITULAR - Implica o desligamento de todos os dependentes.

DEPENDENTES:

Nome Completo do Dependente	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

3 - PLANO COM COPARTICIPAÇÃO

SIM

Me comprometo a realizar os pagamentos referentes a utilização do plano na modalidade de coparticipação que possam ser cobrados após ao meu desligamento.

NÃO

E-mail :

Telefone:

4 - DATA E ASSINATURA DO TITULAR

5 - DATA DE RECEBIMENTO NO Pro-TCU

Data :

Data :

Assinatura:

Assinatura:

