

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| Matricula do TCU | Nome do Titular |
|------------------|-----------------|

Marque a operadora que irá realizar o desligamento:

- AMIL**                                       **BRADESCO**                                       **AMIL 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 (filho maior 39 anos)                       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](mailto: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:

