



# Termo de Desfiliação

## Plano de Saúde GDF-SAÚDE-DF

### 1. Beneficiário(a)

Nome		CPF
Endereço (Logradouro, Bairro, Complemento, etc)		Cidade
UF	CEP	Telefones
	-	( )   ( )
E-Mail		

Solicito a desfiliação do Plano GDF-SAÚDE-DF:  
[ ] do beneficiário titular;  
[ ] do(s) beneficiário(s) dependente(s) a seguir discriminados:

Nome Dependente(s)	CPF Dependente(s)

Motivo do Cancelamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apresento o presente termo de acordo com as regras do art. 13 do Regulamento do Plano GDF-SAÚDE-DF, declarando-me ciente de que:

1. Devo efetuar a devolução dos respectivos Cartões de Identificação físicos meus e/ou dos meus dependentes no INAS, no endereço Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício Luiz Carlos Botelho, 5º Andar, CEP 70.304-000.
2. São de minha responsabilidade as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados e eventualmente não cobradas/processadas;
3. A minha desfiliação como beneficiário titular implica na exclusão dos meus dependentes;
4. Nos termos do art. 12, §§ 2º e 3º do Regulamento do Plano GDF-SAÚDE-DF (Decreto nº 27.231/2006), a perda da condição de beneficiário, em qualquer hipótese, implicará a perda dos benefícios após 30 (trinta) dias do último recolhimento, e não implica o direito à restituição das contribuições.
5. Só poderei retornar ao Plano após 3 (três) meses da data da desfiliação, conforme art. 14, § 3º, do Regulamento do Plano GDF-SAÚDE-DF estando sujeito ao cumprimento de novos períodos de carência previstos no Regulamento do Plano.

### DA AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Mantenho a autorização de débito concendida ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, no momento da minha adesão ao Plano GDF-SAÚDE-DF, para debitar em conta corrente bancária de minha titularidade no Banco de Brasília S.A. – BRB, cobrar por meio de TCB – Título de Cobrança Bancária ou outro meio hábil de cobrança as contribuições e coparticipações (percentual sobre a utilização do Plano GDF-SAÚDE-DF) e demais obrigações financeiras de minha responsabilidade e de meus dependentes decorrentes da assistência prestada pelo INAS/Plano GDF-SAÚDE-DF, que eventualmente não tenham sido cobradas e/ou que venham a ser processadas após o desligamento do Plano, meu e/ou de meu(s) dependente(s).

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_