



# Termo de Desfiliação Plano de Saúde GDF SAÚDE

## 1. Beneficiário(a)

Nome			
Endereço (Logradouro, Bairro, Complemento, etc)			Cidade
UF	CEP	Telefones	
	-	( )   ( )	
E-Mail	Banco	Agência	Conta-Corrente

Solicito a desfiliação do plano GDF Saúde;  
( ) do beneficiário titular;  
( ) do(s) beneficiário(s) dependente(s) a seguir denominados:

Nome(s) do(s) dependente(s)	CPF dependente(s)

Motivos do cancelamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nos termos do que dispõe o art. 13 do Regulamento do Plano GDF SAÚDE, manifesto o meu interesse em me **desfiliar** do Plano, declarando-me ciente de que:

- Devo efetuar a devolução dos respectivos Cartões de Identificação físicos, meu e de meus dependentes, na sede do INAS/DF. (SCS Setor Comercial Sul - Quadra 09, Loja 15 (Térreo), Edifício Parque Cidade Corporate. Asa sul - Brasília/DF. CEP: 70308-200
- São de minha responsabilidade as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados e eventualmente não cobradas/processadas;
- A minha desfiliação como beneficiário titular implica na exclusão de meu(s) dependente(s);
- Nos termos do art.12, §§ 2º e 3º do Regulamento do plano de saúde GDF Saúde (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.
- Só poderei retornar ao Plano após 3 (três) meses da data da desfiliação, conforme art. 13, § 2º, do Regulamento do Plano GDF SAÚDE estando sujeito ao cumprimento dos períodos de carência previstos no Regulamento do Plano.

### DA AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Mantenho a autorização de débito concedida ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, no momento da minha adesão ao Plano GDF SAÚDE, para debitar em conta corrente bancária de minha titularidade, 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) e demais obrigações financeiras de minha responsabilidade e de meus dependentes decorrentes da assistência prestada pelo INAS/Plano GDF SAÚDE, que eventualmente não tenham sido cobradas e/ou que venham a ser processadas após o meu desligamento do Plano.

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