SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DO TITULAR OU DEPENDENTE – SERVIR PARA SERVIDOR ATIVO/INATIVO

Todos os campos do formulário deverão serem preenchidos, corretamente e sem rasuras.

Servir
SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

DADOS DO TITULAR DO PLANO

Nome do Servidor:	Matrícula:	CPF:
Órgão de lotação:		
Endereço:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:
Número de telefone (1) / Número de telefone (2)	E-mail:	

TIPO DE SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO

☐ Exclusão do titular ☐ Exclusão do(s) dependente(s) ☐ Exclusão para troca de titularidade (titular para dependente)

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome:	Sexo:	CPF:	Grau de parentesco:
Nome:	Sexo:	CPF:	Grau de parentesco:
Nome:	Sexo:	CPF:	Grau de parentesco:
Nome:	Sexo:	CPF:	Grau de parentesco:

Declaro que solicito a minha exclusão e/ou a exclusão do(s) dependente(s), do Plano Servir e que deixei de fazer a devolução da(s) carteira(s) física de identificação do(s) beneficiário(s), conforme relação acima, tendo em vista o fato de não estar de posse destas.
Declaro que são de minha responsabilidade o ônus de eventual utilização indevida da(s) mencionadas carteira(s) de identificação, e que, desde já, autorizo consignar em folha de pagamento todo e qualquer débito gerado em razão da não devolução supracitada.
Declaro estar ciente que a exclusão a pedido gera ao titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas com ele e seus dependentes, nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período, devendo procur ar o Setor Financeiro do SERVIR, para as providências necessárias quanto às verificações dos débitos, nos termos do §2º, do art. 8º, da Lei nº 2.296/10.
Declaro estar ciente que o cancelamento da inscrição não gera o direito de haver as importâncias pagas. A cobertura dos benefícios do Plano Servir estará disponível até o último dia da vigência do pagamento da última mensalidade. Qualquer tipo de procedimento realizado, posterior a exclusão, será de inteira responsabilidade do titular e este deverá restituir integralmente os valores devidos ao Plano Servir, tais débitos poderão ser incididos em folha de pagamento do titular no Estado até a efetiva quitação, ou inscritos na dívida ativa, quando não quitados, nos casos de ex-assistido do Plano.
A exclusão do titular, para ser incluído na condição de dependente de outro servidor titular(troca de titularidade), deverá ser acompanhada do requerimento de inclusão, observando se o atual titular percebe renumeração ou subsídio superior ao dependente, caso contrário será indeferido o pedido da troca de titularidade.
Declaro que recebi, li e compreendi as informações contidas no rol para adesão junto ao Plano Servir, que tenho conhecimento de que todas as regras de funcionamento do Plano que se encontram na Lei 2.296/10, suas alterações e regulamentos, disponível no site www.secad.to.gov.br/servir, e, que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de que qualquer declaração inverídica poderá caracterizar crime de falsidade ideológica.

_____ **Assinatura do servidor**

_____, _____, _____ de _____
Local **dia** **mês** **ano**

Uso exclusivo do SERVIR, para controle do recebimento, cadastro e conferência da respectiva solicitação.

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DO TITULAR OU DEPENDENTE – SERVIR PARA SERVIDOR ATIVO/INATIVO

Servir
SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

Nome do Servidor titular: _____

☐ Exclusão do titular ☐ Exclusão do(s) dependente(s) ☐ Exclusão para troca de titularidade (titular/ dependente)

_____ **Assinatura do Atendente Operador**

_____, _____, _____ de _____
Local **dia** **mês** **ano**