

DESLIGAMENTO DE BENEFICIÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME	REGISTRO
------	----------

MOTIVO DO DESLIGAMENTO

BENEFICIÁRIOS A SEREM DESLIGADOS

NOME	TITULAR	DEPENDENTE	DEVOLUÇÃO DA CARTEIRA

ATENÇÃO: De acordo com o artigo 6º, § 1º, do Regulamento Geral do Pro-Social (Resolução Presi/Secbe 9 de 23/04/2014, alterada pela Resolução 13 de 13/04/2016), a reinscrição só poderá ocorrer após transcorridos 12 (doze) meses do desligamento, por uma única vez.

Eu, acima identificado, assumo total responsabilidade por qualquer despesa a partir desta data, junto à Rede Credenciada, advinda do uso ilegal da(s) Carteira(s) de Beneficiário(s) acima relacionada(s), não tendo cumprido as obrigações de Desligamento do Pro-Social. Estou ciente de que este Termo somente será anulado com a devolução da(s) Carteira(s), sem contudo implicar no cancelamento de despesa porventura efetuada.

AUTENTICAÇÃO DO SOLICITANTE

_____ DATA

_____ ASSINATURA

CONTROLE DE DESLIGAMENTO

O titular:

Devolveu todas as carteiras de beneficiário SIM NÃO

Liquidou os débitos de custeio até a presente data SIM NÃO

Assinou o termo de compromisso de quitação de débitos SIM NÃO

AUTENTICAÇÃO

Dados preenchidos e lançados no Sistema de Cadastro do Pro-Social.

NOME DO SERVIDOR	DATA	ASSINATURA