



SENADO FEDERAL
Secretaria Integrada de Saúde - SIS

SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE - SIS

Eu, _____,
matrícula SIS nº _____, e matrícula Ergon nº _____, solicito o desligamento de:

Nome	Carteira Entregue	Carteira Extraviada

Em, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do (a) Titular ou representante legal

MOTIVOS DO DESLIGAMENTO (preenchimento facultativo)

O desligamento produzirá efeitos financeiros a partir do mês subsequente àquele em que ocorreu, conforme
Art. 14, § 6º da Resolução nº 35 de 2012.