



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA GESTÃO, PATRIMÔNIO E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES – SEGEP  
SECRETARIA-ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO MARANHÃO – SAASP  
SUPERINTENDÊNCIA DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

nº de documento/processo: \_\_\_\_\_

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO FUNBEN			
<b>* Campos com preenchimento obrigatório</b>			
MANIFESTO MINHA OPÇÃO PELA EXCLUSÃO DO DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO AO FUNBEN E CONSEQUENTE DESLIGAMENTO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRESTADO PELA SAASP/SEGEP E CUSTEADO PELO FUNBEN PARA*:			
TIPO*: ( ) TITULAR ( ) DEPENDENTE (s) ( ) TITULAR E DEPENDENTES			
<b>DADOS DO TITULAR</b>			
NOME COMPLETO*			
MATRÍCULA (S)*	ÓRGÃO		
CPF*	RG	TELEFONE CELULAR*	TELEFONE RESIDENCIAL
ENDEREÇO			
COMPLEMENTO		BAIRRO	MUNICÍPIO
CEP	E-MAIL*		
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	
/ /	( ) M ( ) F		
<b>DADOS DO DEPENDENTE</b>			
<b>DEPENDENTE 01</b>			
NOME COMPLETO*			
CPF*	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO:	
MOTIVO			
<b>DEPENDENTE 02</b>			
NOME COMPLETO*			
CPF*	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO:	
MOTIVO			
<b>DEPENDENTE 03</b>			
NOME COMPLETO*			
CPF*	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO:	
MOTIVO			
<b>* Campos com preenchimento obrigatório</b>			
<b>1. EXCLUSÃO</b>			
1.1. O servidor ativo, o aposentado e o pensionista que não desejar permanecer vinculado à assistência à saúde deverá se manifestar pela exclusão do desconto da contribuição do FUNBEN, mediante requerimento em formulário específico;			
1.2. O requerimento deverá ser protocolado na Unidade Setorial de Recursos Humanos do órgão ou entidade de exercício do servidor, que providenciará a sua imediata exclusão do sistema de pagamento, com vigência correspondente a data do protocolo do requerimento;			
1.3. A opção referida no item anterior implica a exclusão de todos os dependentes inscritos;			
1.4. A partir da data da opção pela exclusão, o segurado e seus dependentes e o pensionista não poderão utilizar a assistência à saúde de que trata a Lei nº 7.374/1999 e suas alterações;			
1.5. Em caso de uso indevido, será cobrado do segurado ou do pensionista o valor integral dos procedimentos realizados com base na tabela constante do contrato celebrado com a instituição credenciada conforme regulamento;			
1.6. Ficará suspensa a utilização dos serviços prestados pelo FUNBEN ao segurado, pensionista ou dependente que deixar de comparecer a procedimento de perícia final, quando previamente agendado pelo prestador credenciado;			
1.7. A suspensão dos serviços a que se refere o item anterior fica restrita à mesma especialidade a qual o segurado, pensionista ou dependente deva proceder com procedimento de perícia e findar-se-á após sua efetiva realização.			
Ao segurado que optar pelo retorno à prestação da assistência à saúde, após exclusão opcional da contribuição ao FUNBEN, será exigido o cumprimento de novo prazo de carência, na forma da lei (Lei Estadual nº 7.374/1999).			
A solicitação será aceita somente se for realizada através do e-mail cadastrado no Portal do Servidor.			
TERMO DE ACEITE: MANIFESTO A OPÇÃO PELA EXCLUSÃO DA CONTRIBUIÇÃO AO FUNBEN DO MEU CONTRACHEQUE			
_____, ____ de _____ de _____			
_____ Assinatura do servidor (de próprio punho)			
<b>* Campos com preenchimento obrigatório</b>			