



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSÁUDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado (a), _____, portador(a) do CPF: _____ do RG _____, ocupante do cargo de _____ lotado(a) no(a) _____,

DECLARO para os fins de direito que aos ____/____/____, requeri minha exclusão(____) ou a exclusão do(s) dependente(s) (____), do Plansaúde e que deixei de fazer a devolução da(s) carteira(s) de identificação do(s) beneficiário(s), conforme relação abaixo), tendo em vista o fato de não estar de posse desse(s) documento(s) neste ato.

DECLARO mais 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 aqui mencionada.

Por ser verdade assino o presente termo em 02 vias de igual teor e conteúdo.

NOME DO BENEFICIÁRIO	TIPO DE DEPENDÊNCIA	NÚMERO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Local e data, _____/____/____

O DECLARANTE