

Solicitação de Cancelamento Issec/Fassec

Por meio do presente documento, venho perante ao Instituto de Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Ceará (Issec/Fassec), demonstrar por ato de vontade própria e expressa, o **cancelamento** da assistência à saúde instituída pela lei nº 16.530 de 02 de abril de 2018, em face do que, desde já, **concordo e autorizo**:

Cancelamento do titular:

Nome: _____ Cartão Saúde: _____

Cancelamento somente dos dependentes:

(Identificar os nomes e números dos Cartões Saúde de cada dependente)

Nome: _____ Cartão Saúde: _____

Declaro para todos os fins que concordo com as consequências advindas desse cancelamento e que possuo pleno conhecimento das cláusulas da lei nº 16.530/2018 e Instrução Normativa nº 01/2018, das quais me informaram.

_____, _____ de _____ de _____.

Cidade

Data

Assinatura do Titular ou Representante Legal