

Solicitação de Cancelamento ISSEC/FASSEC

Por meio do presente documento, venho perante o 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 16530, de 02 de abril de 2018.

Declaro, ainda, ciência de que, uma vez realizada a exclusão, o retorno será permitido mediante a compensação pecuniária equivalente a três contribuições mensais em parcela única, por usuário, no enquadramento da tabela vigente, de acordo com o artigo 7º, IV da Instrução Normativa 01/2018/ISSEC, de 08 de agosto 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: _____

Nome: _____ Cartão Saúde: _____

Nome: _____ Cartão Saúde: _____

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 e data)

Assinatura do Titular ou Representante Legal