

**Dados pessoais**

Nome completo		CPF
Endereço		Bairro
Cidade	UF	CEP
E-Mail 1	E-Mail 2	

Eu, servidor acima indicado, vinculado ao Ente Federativo \_\_\_\_\_, solicito o cancelamento da minha inscrição no Plano CAPESESP Multi Entes Federativos e declaro:

- a) Estar ciente de que o cancelamento ora solicitado resulta no término e cessação dos meus direitos e enquanto participante do plano, assim como o desligamento automático dos meus beneficiários.
- b) Ter recebido todas as orientações sobre o Plano CAPESESP Multi Entes Federativos.
- c) Ter sido orientado a visitar o site [www.capesesp.com.br/multi-entes-federativos](http://www.capesesp.com.br/multi-entes-federativos) ou ligar para a CAPESESP, para obter novas informações ou esclarecimentos.
- d) Não ter interesse em permanecer no Plano CAPESESP Multi Entes Federativos, CNPB: 2022.0002-18, administrado pela CAPESESP - Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde.
- e) Estar ciente de que poderei solicitar futuramente minha inscrição no Plano CAPESESP Multi Entes Federativos, porém os efeitos dessa adesão não serão retroativos.
- f) Estar ciente, que as contribuições efetuadas ao Plano só poderão ser resgatadas ou portadas quando houver perda de vínculo funcional.

Local	Data
-------	------

Assinatura do Participante