

FORMULÁRIO DE DESLIGAMENTO

MATRÍCULA:		NOME:			
TELEFONE:				CARGO:	
SERVIDORA GESTANTE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	LOTAÇÃO:		
DATA DESLIGAMENTO:			M O T I V O	() EXONERAÇÃO	() PEDIDO DE EXONERAÇÃO
CUMPRIR AVISO:	() SIM	() NÃO		() DEMISSÃO	() APOSENTADORIA
DATA INICIO AVISO:				() RESCISÃO (PMU)	() PEDIDO DE RESCISÃO
OBSERVAÇÃO:				() TERMINO DE CONTRATO	() FALECIMENTO

	DIAS/ HORA AULA	ATESTADOS	FALTAS	ATRASOS	HORA EXTRA	BANCO HORAS	DOBRA	ADICIONAL NOTURNO	SALÁRIO TRANSPORTE
MÊS ANTERIOR									
MÊS ATUAL									

DEVOLUÇÃO DE MATERIAL – NO QUE COUBER

() NÃO	() SIM – DESCREVER:
---------	----------------------

PLANO DE SAÚDE

É BENEFICIÁRIO DO PLANO DA RN?	EM CASO POSITIVO CONTRIBUIU PARA O PAGAMENTO DO PLANO () NÃO () SIM	TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO DO PLANO:
() NÃO () SIM		

PARA BENEFICIÁRIO: TENHO INTERESSE NA MANUTENÇÃO DO PLANO MÉDICO () NÃO () SIM // PLANO ODONTOLÓGICO () NÃO () SIM

Declaro exercer o direito de manutenção acompanhado dos seguintes beneficiários dependentes já inscritos quando da vigência de meu vínculo de trabalho com o Município:

Dependentes: _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

Declaro ter conhecimento de que:

1) estou sujeito as mesmas condições contratuais dos servidores ativos, 2) o período da vigência deste direito será calculado com base nos Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, que poderá ocorrer cancelamento quando da admissão em empresa, que possibilite meu ingresso a um plano de assistência à saúde/odontológico 3) me obrigo a apresentar minha CTPS, trimestralmente, ao setor de cadastro da RN Saúde, para ratificação de meu direito, 4) estou ciente dos valor das mensalidades, 5) assumirei as responsabilidades financeiras definidas no contrato, 6) a inadimplência acarretará no cancelamento do plano com 60 dias de atraso consecutivos ou não nos 12 meses de vigência do plano, 7) tenho conhecimento do cancelamento da(s) carteirinha(s) do plano, bem como da necessidade de retirada da(s) nova(s) carteirinha(s) na sede da RN Saúde, quando receberei as informações adicionais referentes ao benefício.

ASSINATURAS

DATA: ____/____/____	SERVIDOR:
COORDENADOR:	SECRETÁRIO:

PAGAMENTOS

008 – FÉRIAS INDENIZADAS		485 - LIC. PRÊMIO/ACERTO	
011 – FÉRIAS PROPORCIONAIS			

DESCONTOS

556- AUX. TRANSPORTE	VALES RECEBIDOS	662 – INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	QUANTIDADE	VALOR
----------------------	-----------------	-----------------------------------	------------	-------

➤ Caso o servidor CONTRATADO faça a opção de não cumprir o aviso, deverá restituir ao Município o valor correspondente a 20 dias de trabalho, conforme cláusula décima do contrato de trabalho estabelecido entre o servidor e o município de Uberlândia.

➤ O acerto será depositado, em conta informada no ato da contratação, após sua assinatura.

➤ Em caso de acerto negativo, o ex-servidor deverá ressarcir o Município, conforme o artigo 63 da lei 040/92. A não quitação do débito no prazo de 60 dias, implicará sua inscrição em dívida ativa e futura execução.

➤ De acordo com Ação Civil Publica movida pelo MPE, servidora gestante tem o direito à estabilidade gestacional.

➤ A Contratante declara sob as penas da Lei que o Beneficiário foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário nos termos da Lei.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DE PESSOAL

RECEBIDO EM: ____/____/____ ÀS ____:____ HORAS

CONTATOS: 3239 – 2543 / ncpacertos@uberlandia.mg.gov.br

ASSINATURA