

**6.4 ANEXO IV – TERMO DE COMPROMISSO – SAÚDE CAIXA – EM SITUAÇÃO DE EXONERAÇÃO DE EX-DIRIGENTE, NÃO EMPREGADO DA CAIXA****TERMO DE COMPROMISSO – SAÚDE CAIXA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG. Nº \_\_\_\_\_, SSP/\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, conforme regulado pelo RH221, declaro, perante a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, que estou ciente do cancelamento do Plano Saúde CAIXA/PAMS, a partir do dia imediatamente posterior ao dia de minha exoneração do cargo de Dirigente da CAIXA.

Estou ciente, ainda, de que a partir do dia imediatamente posterior à data de minha exoneração, eu e os meus dependentes não poderemos fazer uso do Saúde CAIXA, sob pena de responder, civil e criminalmente, pela utilização indevida do Saúde CAIXA.

Responsabilizo-me pelo pagamento total das despesas de serviços de assistência à saúde prestados por meio do Saúde CAIXA, ainda não processadas até o momento de minha exoneração e pela mensalidade vincenda, na existência devidamente comprovada.

Autorizo que os lançamentos (a crédito e/ou a débito) sejam efetuados em conta de depósito sob a minha titularidade, na CAIXA, agência: \_\_\_\_\_, operação: \_\_\_\_\_, conta: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

\_\_\_\_\_  
Testemunha (nome, CPF e assinatura)

\_\_\_\_\_  
Testemunha (nome, CPF e assinatura)