

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA  
E TECNOLOGIA DA PARAÍBA



Fundada em 28 de outubro de 1974 CGC 09.292.459/0001-80  
Endereço: Av. Primeiro de Maio, 720 - Jaguaribe - 58015-430 - João Pessoa - PB  
Fone: (83) 3612-1383 E-mail: assifpb@gmail.com  
Órgão de Utilidade Pública – Lei nº 4.065 de 22 de julho de 1979

**REQUERIMENTO – DESFILIAÇÃO DA ASSIFPB**

Nome do(a) associado(a) \_\_\_\_\_, sócio(a)  
( ) EFETIVO(A) ( ) CONTRIBUINTE ( ) PENSIONISTA, **SOLICITA DESFILIAÇÃO** da Associação dos  
Servidores do IFPB - ASSIFPB, a partir desta data, considerando<sup>1</sup>:

- a) ( ) Óbito, conforme cópia de Atestado de Óbito anexa (não é necessário autenticar).
- b) ( ) Desinteresse em gozar dos benefícios e serviços da ASSIFPB, informando ser beneficiário de  
Plano de Saúde<sup>2</sup> (\_\_\_\_\_) ou Plano Odontológico<sup>3</sup> (\_\_\_\_\_).
- c) ( ) Outros (especificar):

---

---

---

---

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) assistente administrativo(a)

.....  
**Solicitação deferida.** Favor providenciar desfiliação conforme solicitação acima, após  
constatar que o(a) sócio(a) está em dia com suas obrigações financeiras, a inexistência de  
dependentes financeiros, e de planos de saúde ou odontológico em seu nome.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Presidente da ASSIFPB

<sup>1</sup> Marcar uma das opções a seguir.

<sup>2</sup> Informar Plano de Saúde

<sup>3</sup> Informar Plano Odontológico.