



## Servicio de Venta de Servicios

MOVIMIENTO	
ALTA	BAJA

**FORMULARIO DE ALTAS Y BAJAS**

Fecha de solicitud: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Retirado

Activo

<b>GENERADOR DE DERECHOS ASISTENCIALES</b>	
CEDULA DE IDENTIDAD	
APELLIDOS	
NOMBRES	
GRADO	
UNIDAD EJECUTORA	
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	

Declaro conocer y aceptar los derechos y obligaciones derivadas del presente sistema. El padre o madre generador de derecho asistenciales será el responsable por el pago de la cuota mensual.

La falta de pago por un máximo de dos meses consecutivos generará la pérdida automática de los derechos asistenciales.

Los usuarios dados de baja por morosidad no podrán reingresar al sistema hasta no retenerle lo adeudado.

Las bajas se computarán a partir de la recepción formal en el SERVICIO DE VENTA DE SERVICIOS generándose la obligación de pago de las mensualidades correspondientes en tanto no se tramite la desafiliación al presente sistema.

Autorizo a la DNSP a realizar la retención en mis haberes, por concepto de Cuota Mensual de Asistencia Médica de acuerdo a lo establecido en el Decreto N°372/2007.

La destitución, renuncia, fallecimiento, etc, del generador de derechos asistenciales, determinará automáticamente el cese del derecho de atención del beneficiario por venta de servicios, salvo que el mismo posea derecho propio a la atención. (pensionista, alta como funcionario, etc).

BENEFICIARIO		FECHA NACIMIENTO		
CÉDULA DE IDENTIDAD		SEXO		
1er. APELLIDO		NACIONALIDAD		
2do. APELLIDO		TELEFONO		
NOMBRES		ESTADO CIVIL		
E-MAIL		PARENTESCO		
DOMICILIO		BARRIO		
ENTRE CALLES		SECCIONAL		

**\*\*\*COBERTURA ASISTENCIAL-LA SIGUIENTE INFORMACIÓN TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**

	SI	NO
POSEE ASISTENCIA INTEGRAL OBLIGATORIA		
POSEE EMERGENCIA MÓVIL		

Al 30 de junio de cada año, deberá acreditarse que el beneficiario no posee derechos asistenciales derivados de una relación laboral en otro prestador de salud; a dichos efectos deberá presentarse certificado negativo del BPS, el cual podrá entregarse personalmente en el Servicio de Venta de Servicios de la Dirección Nacional de Sanidad Policial o remitirse al correo [serviciodeventas@sanidadpolicial.gub.uy](mailto:serviciodeventas@sanidadpolicial.gub.uy). (Artículo 65 de la Ley Nº 18.046 y Decreto Nº 372/007).

La omisión de acreditar tal situación determinará la baja del beneficiario del sistema de venta de servicios al 1 de agosto del mismo año, manteniéndose dicha situación en tanto no se acredite el citado requisito.

Las notificaciones remitidas al correo electrónico denunciado tendrán plena validez

Se deberá comunicar cualquier cambio que se produzca en la presente Declaración Jurada a la Dirección Nacional de Sanidad Policial

FIRMA

CONTRAFIRMA

#### Declaración Jurada

- Los datos incluidos en el presente formulario tendrán carácter de Declaración Jurada de acuerdo al Art. 239 del Código Penal: "El que con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquier otra circunstancia de hecho, será castigado de tres a veinticuatro meses de prisión"