



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA**  
**PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS**  
**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

**ANEXO VI**

**TERMO DE DESLIGAMENTO DE BENEFÍCIO ESTUDANTIL**

Eu \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_,  
natural de \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_,  
residindo à rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro  
\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_,  
aluno (a) do Curso de \_\_\_\_\_ matrícula \_\_\_\_\_,  
**DESLIGO-ME** do benefício \_\_\_\_\_ pelas  
seguintes razões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Declarante