



APA MÓDULO INCENTIVO 2018/2019
FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

PAS/SERPRO – Convênio de Reciprocidade

TERMO DE EXCLUSÃO

Pelo presente Termo, o beneficiário titular abaixo identificado, solicita a exclusão dos beneficiários do PAS/SERPRO.

I – DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

Titular: _____

Matrícula: _____ CPF: _____

Telefone (s): _____ Regional: _____

II – EXCLUSÃO:

Mês / ano: _____/20_____

III – BENEFICIÁRIOS A SEREM EXCLUÍDOS (incluir o nome do titular, se for o caso)

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO

CPF

PARENTESCO

DATA DE NASCIMENTO

1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____

Tenho ciência que:

Na ocorrência de exclusão de todo o grupo familiar (titular e dependentes) ou de determinado(s) dependente(s), não será passível de retorno como beneficiário do plano de saúde.

EMPREGADO

Assinatura e carimbo

Data

OLGP (nome)

Assinatura e carimbo

Matrícula

Data