

DECLARAÇÃO DE DESCONTINUIDADE DO PLANO DE SAÚDE

Preenchimento obrigatório:

Nome do Empregado:			
Matrícula funcional:		CPF Empregado:	
Dependente-Titular (apenas se falecimento do empregado):		CPF Dep-Titular (se for o caso):	
E-mail pessoal:			
Telefone residencial:		Telefone celular:	
Banco:		Agência:	C. Corrente:
Logradouro:			N°:
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Cidade:		UF:	

Declaro para os devidos fins que estou declinando do direito de permanecer no Programa de Assistência à Saúde do SERPRO – PAS/SERPRO, por ocasião do término do vínculo funcional com a empresa.

Motivo do término do vínculo funcional:

- Aposentadoria por invalidez
 Desligamento funcional sem justa causa
 Falecimento do empregado titular

Tenho conhecimento de que, após a exclusão do PAS/SERPRO, não será possível a reinscrição em hipótese alguma, considerando o caráter irrevogável da presente renúncia.

Data: / /

Assinatura digital ou manuscrita do Titular ou do Dependente Responsável