

## DECLARAÇÃO DE DESCONTINUIDADE DO PLANO DE SAÚDE

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| <b>Preenchimento obrigatório:</b>                    |  |                           |
| Nome do empregado: <input type="text"/>              |  |                           |
| Nome social (se houver no CPF): <input type="text"/> |  |                           |
| Matrícula funcional: <input type="text"/>            | CPF: <input type="text"/>              |                           |
| E-mail pessoal: <input type="text"/>                 |  |                           |
| Telefone residencial: <input type="text"/>           | Telefone celular: <input type="text"/> |                           |
| Logradouro: <input type="text"/>                     | Nº: <input type="text"/>               |                           |
| Complemento: <input type="text"/>                    | Bairro: <input type="text"/>           | CEP: <input type="text"/> |
| Cidade: <input type="text"/>                         | UF: <input type="text"/>               |                           |

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