

Anexo VIII

PAS/SERPRO

GRUPO I

DECLARAÇÃO

NÃO CONTINUIDADE DO PLANO DE SAÚDE

Eu, _____ matrícula _____,
declaro para os devidos fins que estou declinando do direito de permanecer no Plano de
Assistência à Saúde – PAS/SERPRO quando do meu desligamento da Empresa. Tenho
conhecimento de que, após a minha exclusão e de meus dependentes do referido Plano,
não será possível o retorno em hipótese alguma, considerando o caráter irrevogável da
presente renúncia.

() Aposentado

() Demitido sem justa causa

() Pensionista

Assinatura do Empregado

_____/_____/_____
Data da Assinatura

Assinatura OLGP

_____/_____/_____
Data do Recebimento