

Anexo III - A
PAS/SERPRO
GRUPO II
TERMO DE EXCLUSÃO

Pelo presente Termo, o Beneficiário Titular abaixo identificado, solicita a exclusão dos Beneficiários do PAS/SERPRO – Grupo II.

I – DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

NOME:		
MATR-DV:	Regional:	TELEFONE:

II - EXCLUSÃO: _____/_____(MÊS/ANO)

III – Beneficiários a serem excluídos (Incluir o nome do titular se for o caso):

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	DATA NASC.
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____

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.

Assinatura do Empregado

_____/_____/_____
Data da Assinatura

Assinatura OLGP

_____/_____/_____
Data do Recebimento