

DECLARAÇÃO DE DESCONTINUIDADE DO PLANO DE SAÚDE

Preenchimento obrigatório:		
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