



REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DE DEPENDENTES/AGREGADOS DO PAS/UFMS

Eu, , CPF,
TITULAR no Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - PAS/UFMS,
solicito o desligamento dos dependente(s) / agregado(s), listados abaixo, a partir de *

* Os períodos de adesão e desligamento ao PAS/UFMS **são realizados do dia 20 do mês corrente ao dia 5 do mês subsequente . Não serão efetivados os pedidos de exclusão solicitados fora deste período.**

NOME	Dependente ou Agregado

Declaro estar CIENTE e DE ACORDO que:

1. Sou responsável integralmente pelas despesas de procedimentos já autorizados, mesmo que realizados após a data do desligamento.
2. Comprometo-me a fornecer a qualquer tempo qualquer documento solicitado pelo PAS/UFMS.
3. Em caso de reinclusão, os dependentes/agregados estarão sujeitos aos períodos de carência.

Motivo do cancelamento:

- Financeiro
 Insatisfação com a rede credenciada
 Possui outro plano de saúde
 Óbito
 Outros:

Assinatura do titular

