REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DE DEPENDENTES/AGREGADOS DO PAS/UFMS

Eu, _____ 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 ___/____/____:

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:_____
_____

Secretaria de Assistência à Saúde – Seas/Dias/Progep/UFMS
Cidade Universitária, s/n - Fone: (67) 3345-7122 / www.pas.ufms.br
79070-900 - Campo Grande (MS) / pas@ufms.br