REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DO TITULAR DO PAS/UFMS

Eu, _____, TITULAR no Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - PAS/UFMS, solicito meu desligamento a partir de ___/____/____.

Declaro estar CIENTE e DE ACORDO que:

1. O meu desligamento do PAS/UFMS acarretará o desligamento de todos os meus dependentes/agregados.

2. Sou responsável integralmente pelas despesas de procedimentos já autorizados, mesmo que realizados após a data do desligamento.

3. O desligamento do PAS/UFMS não desobriga o titular do pagamento de débitos pendentes já assumidos.

4. Em caso de reinclusão, estarei sujeito aos períodos de carência.

Motivo do cancelamento:
( ) Financeiro
( ) Insatisfação com a rede credenciada
( ) Possui outro plano de saúde
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