



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

* O período de adesão e exclusão ao PAS/UFMS é do dia 20 ao dia 05 de cada mês. Não serão efetivados os pedidos de exclusão solicitados fora deste período.

NOME	Dependente ou Agregado

☐ Declaro que estou ciente das seguintes informações

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

