



REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DO TITULAR DO PAS/UFMS

Eu, , CPF ,
TITULAR no Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -
PAS/UFMS, solicito meu desligamento 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.**

Declaro que estou ciente das seguintes informações

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:

Assinatura do titular

