

Ao Conselho de Administração FAP FAS

Nome: _____ CPD: _____

Cargo: _____ CPF: _____

Endereço: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

O(a) servidor(a) acima qualificado requer a EXCLUSÃO do seu dependente _____

(nome do dependente)

CPF nº _____, na qualidade de _____

_____, conforme segue:

(espos(a)/companheiro(a)/filho)

Selecione a exclusão que deseja efetuar:

- FAS - Plano de Assistência Médica e Odontológica)
- FAS - Somente no Plano de Assistência Médica
- FAS - Somente no Plano de Assistência Odontológica
- Fundo de Aposentadoria e Pensão - FAP

Motivo: _____

Declaro para os devidos fins que estou ciente, que procedimentos médicos e/ou odontológicos realizados por meu dependente até a data exclusão e/ou entrega da carteira do Plano de Saúde no Setor Técnico Administrativo do FAP/FAS, estarão sujeitos a cobrança.

Declaro, também, que estou ciente dos prazos para possível reinclusão do dependente ora excluído, nos termos do § 1º do art. 11 da Lei nº 4.433/06, com redação dada pela Lei nº 6.214/15.

Nestes termos, solicito deferimento.

Montenegro, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO SERVIDOR: _____