

CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO À SAÚDE SUPLEMENTAR
AUXÍLIO PER CAPITA

- CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO
 EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)

Servidor:	
Matrícula SIAPE:	
Cargo:	
Setor/Departamento:	Ramal:

Solicito o **cancelamento de meu benefício** à saúde suplementar, bem como de todos os meus dependentes, a partir do mês de _____.

Solicito a **exclusão de meu(s) dependente(s)** abaixo relacionado(s), a partir do mês de _____.

Dependentes: **(1)** Cônjuge/companheiro(a) **(2)** Filho(a) **(3)** Enteadado/a

- _____.
- _____.
- _____.
- _____.