Anexo 2

CANCELAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

( ) CANCELAMETO 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 _____.

Data: ____/____/_____ _____
assinatura do servidor

( ) 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)** Enteado/a

( ) _____.
( ) _____.
( ) _____.
( ) _____.

Data: ____/____/_____ _____
assinatura do servidor

Encaminhe esse formulário ao DPVS/PROGEPE, sala 202 – Vila A.

Foz do Iguaçu, _____/_____/_____.