



FUNDAÇÃO SÃO PAULO
mantenedora da PUC-SP

Rua João Ramalho, 182 - Perdizes
São Paulo/SP • CEP 05008-000
Fone: (11) 3670-3333
www.pucsp.br/fundasp

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome do titular: _____

Número do cartão: _____

Depto.: _____

Pelo presente, solicito a exclusão, conforme abaixo:

TITULAR

DEPENDENTES / AGREGADOS

1. _____ Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Dependente Agregado

2. _____ Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Dependente Agregado

3. _____ Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Dependente Agregado

ESCLARECIMENTOS

- A solicitação de exclusão será aceita por esta DRH até o dia 15 de cada mês, mediante apresentação de carta de próprio, solicitando a exclusão;
- Caso a exclusão seja solicitada fora do prazo estabelecido, o pedido será processado no próximo mês, com a permanência do desconto em folha de pagamento no mês da solicitação e do subsequente.
- O desconto do convênio permanecerá na folha de pagamento no mês da solicitação.
- O funcionário deverá devolver o (s) cartão (ões) de identificação junto com a solicitação de exclusão à DRH.

De acordo,

ASSINATURA DO TITULAR