



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 SUL AMÉRICA SAÚDE

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do Titular: \_\_\_\_\_

Número do cartão: \_\_\_\_\_

Depto.: \_\_\_\_\_

Pela presente, solicito a exclusão conforme abaixo:

**Titular**

### **Dependentes e Agregados**

1. Nome: \_\_\_\_\_

Dependente

Agregado

2. Nome: \_\_\_\_\_

Dependente

Agregado

3. Nome: \_\_\_\_\_

Dependente

Agregado

### **Esclarecimentos:**

- A solicitação de exclusão será aceita por esta DRH até o dia 15 de cada mês.
- Caso a exclusão seja solicitada fora do prazo estabelecido, o pedido será processado no próximo mês e com a permanência do desconto em folha de pagamento do 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 esta DRH.

De acordo,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular