



EXCLUSÃO de BENEFICIÁRIOS

NOME:

MATRÍC. PAS:

LOTAÇÃO:

MOTIVO DA EXCLUSÃO:

Em cumprimento ao disposto no art. 6º da Regulamentação Interna nº 01/2020, abaixo transcrito, venho requerer ao Excelentíssimo Senhor Presidente da Diretoria Executiva do PASTRT8, minha EXCLUSÃO e/ou do(s) seguinte(s) beneficiário(s):

Art. 6º A exclusão dos beneficiários participantes do PAS TRT8 ocorrerá em razão das seguintes circunstâncias:

I - A requerimento do Beneficiário, dirigido ao Presidente da Diretoria Executiva do Plano de Saúde, a qual, após processamento no prazo máximo de 15 (quinze) dias, comunicará à Secretaria de Gestão de Pessoas, para fins de cancelamento do desconto em folha de pagamento do mês subsequente ao pedido, condicionado o deferimento do pedido a devolução da(s) carteira(s) de usuário(s) ou declaração de que as mesmas foram inutilizadas, inexistência de débitos e sem direito à restituição das contribuições já recolhidas, bem como a do mês da solicitação, independente da data do protocolo.

BENEFICIÁRIO	PARENTESCO	CATEGORIA*

* Informar se Titular ou Dependente.

Para tanto, declaro que:

- 1) todas a(s) carteira(s) do(s) beneficiário(s) acima listados foram por mim inutilizadas (PAS, CASSI e UNIMED);
- 2) inexistem débitos junto ao PASTRT8 em meu nome e/ou de meus Dependentes, conforme Declaração expedida pela Seção de Contas e Pagamentos deste PASTRT8, anexa;
- 3) estou ciente de que não haverá restituição das contribuições já recolhidas, bem como a do mês desta solicitação, independente da data do protocolo, cuja contribuição será cessada a partir do mês subsequente ao da data do presente pedido.
- 4) estou ciente de que a(s) respectiva(s) exclusão(ões) somente será(ão) efetivada(s) após a confirmação deste PASTRT8 de que os requisitos supracitados foram cumpridos.

Belém, ____ de _____ de 20__

Requerente