



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE À ASSISTÊNCIA À SAÚDE-FUNBEN

**MANIFESTO MINHA OPÇÃO PELA EXCLUSÃO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRESTADA PELO GOVERNO DO
ESTADO/FUNBEN DO (S) DEPENDENTE(S) ABAIXO INDICADO(S)**

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

1. NOME: _____ 1.2 CPF. _____
1.3. RG. _____ 1.4 DATA NASC.: ____/____/____ 1.5 ESTADO CIVIL: _____
2. ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: _____
3. CARGO/FUNÇÃO _____ 3.1 MATRÍCULA _____
4. ENDEREÇO _____ 4.1 CEP _____
4.2. CIDADE _____ 4.3. ESTADO _____
4.4. TELEFONE: Cel. _____ Res. _____ 4.5. E-MAIL _____

SEGURADO ATIVO

APOSENTADO

CONTRATADO LEI Nº 6.915/97

DECLARO estar ciente do que dispõe a Lei nº 7374/99, alterada pela Lei nº 10.079/2014.

LEIA ATENTAMENTE:

1. A partir da data da opção pela exclusão, os dependentes do titular não poderão utilizar a assistência à saúde.

2. Em caso de utilização da assistência à saúde, indevidamente, será cobrado do titular, o valor integral dos procedimentos realizados com base na tabela constante do contrato celebrado com a instituição credenciada.

3. Quando se tratar de exclusão de dependente de servidor ativo ou contratado, o requerimento deverá ser protocolado na Unidade Setorial de Recursos Humanos do Órgão ou Entidade de Exercício do Titular, que providenciará a sua imediata exclusão do Sistema de Pagamento, com vigência correspondente à data do protocolo do requerimento.

4. Quando a exclusão for de dependente de servidor aposentado, o requerimento deverá ser protocolado na Superintendência de Pagamento de Benefícios Previdenciários que providenciará a imediata exclusão no Sistema de Pagamento, com vigência correspondente à data do pedido.

AUTORIZO A EXCLUSÃO DE, (.....) DEPENDENTE(S)

São Luís, _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente

Matricula nº



REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE À ASSISTÊNCIA À SAÚDE-FUNBEN

DEPENDENTES A SEREM EXCLUÍDOS

1.NOME: _____

CPF. _____ RG. _____ DATA NASC.: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO: _____

2.NOME: _____

CPF. _____ RG. _____ DATA NASC.: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO: _____

3.NOME: _____

CPF. _____ RG. _____ DATA NASC.: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO: _____

4.NOME: _____

CPF. _____ RG. _____ DATA NASC.: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO: _____

5.NOME: _____

CPF. _____ RG. _____ DATA NASC.: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO: _____