

ANEXO III
DECRETO Nº 4.223, DE 2/7/2010.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE CABO FRIO
PASMH ASSISTÊNCIA MÉDICA
(Lei nº 2.277, de 14 de abril de 2010)

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO

() **EXCLUSÃO DE TITULAR E DEPENDENTES**

() **EXCLUSÃO DE DEPENDENTES**

NOME:	MATRICULA:
() EFETIVO () COMISSONADO () CONTRATADO () OUTROS	
CARGO/FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:
NASCIMENTO:	SEXO: () M () F
IDENTIDADE:	ORGÃO EXPEDIDOR:
CPF:	
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CIDADE: CEP:
TEL:	CEL: E-MAIL:

DEPENDENTES

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA DO NASCIMENTO

O Requerente acima identificado, pelo presente Termo, que abaixo subscreve, vem solicitar sua exclusão e/ou de seus dependentes no Programa de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica dos Servidores Municipais de Cabo Frio – *PASMH Assistência Médica*, renunciando por si e/ou seus dependentes, a partir desta data, a todo e qualquer atendimento prestado pelo *PASMH Assistência Médica*.

O Requerente declara estar ciente dos termos do art. 5º, § 3º da Lei nº 2.277/2010, que estabelece que ocorrendo desligamento voluntário do servidor, a sua reinclusão e/ou de seus dependentes, permitida por apenas uma única vez, somente se dará depois de cumprido o prazo de carência de 3 (três) meses de contribuição.

Cabo Frio, de de 20__

Requerente