

**SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DO PERCENTUAL DE DESCONTO DE PARTICIPAÇÃO NO PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - PSS-NUCLEP**

A NUCLEP / PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - PSS-NUCLEP.

Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF sob o nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_, matrícula nº 600 \_\_\_\_\_, venho solicitar a redução do desconto pela minha participação no Plano de Saúde Suplementar – PSS-NUCLEP para o limite de \_\_\_% (\_\_\_\_\_ por cento) mensais do salário benefício do INSS, enquanto me encontro com o contrato de trabalho suspenso, a ser recolhido por meio de GRU (Guia de Recolhimento da União) e encaminhado para o seguinte endereço eletrônico: \_\_\_\_\_.

Fico ciente que em caso de não recebimento da guia “GRU” no endereço eletrônico acima referido, até o último dia do mês subsequente, entrarei em contato com a NUCLEP para encaminhamento por outros meios, como forma de impedir a interrupção do direito de uso dos serviços de saúde, na forma do item 6.3 “a” do Regulamento do Plano Suplementar de Saúde – PSS-NUCLEP.

Itaguaí, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Ciente da solicitação. Para providências cabíveis.  
Itaguaí, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.