

EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

DECLARO que conheço as normas de funcionamento do **Plano Suplementar de Saúde da Nuclep**, expressas no Regulamento do benefício. Em decorrência, faço a opção pela exclusão de meu dependente declarado abaixo, como beneficiário do PSS NUCLEP.

DECLARO ainda que estou ciente de que o dependente poderá ser notificado da exclusão para que possa planejar a sua migração para outro plano e evitar a suspensão repentina de tratamentos que porventura estejam em andamento. O prazo para exclusão do dependente é de 10 (dez) dias úteis a partir do recebimento da notificação.

FAVOR PREENCHER OS DADOS A SEGUIR:

MATRÍCULA:

TITULAR:

DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO:

NOME:

ENDEREÇO:

Nº / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE:

TELEFONE:

MOTIVO DA EXCLUSÃO:

Itaguaí, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Titular

