# APA MÓDULO INCENTIVO 2018/2019
## FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO

**PAS-ODONTO/SERPRO**

## TERMO DE EXCLUSÃO

Pelo presente Termo, o beneficiário titular abaixo identificado, solicita a exclusão dos beneficiários do PAS-ODONTO/SERPRO.

### I – DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

Titular: _____

Matrícula: _____ CPF: _____

Telefone (s): _____ Regional: _____

### II – EXCLUSÃO:

Mês / ano: _____/20_____

### III – BENEFICIÁRIOS A SEREM EXCLUÍDOS (incluir o nome do titular, se for o caso)

| | NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO | CPF | PARENTESCO | DATA DE NASCIMENTO |
|---|---|---|---|---|
| **1.** | | | | |
| **2.** | | | | |
| **3.** | | | | |
| **4.** | | | | |
| **5.** | | | | |
| **6.** | | | | |
| **7.** | | | | |

**Tenho ciência que:**

**Na ocorrência de exclusão de todo o grupo familiar (titular e dependentes) ou de determinado(s) dependente(s), não será passível de retorno como beneficiário do plano odontológico.**

**EMPREGADO**

_____ _____

Assinatura e carimbo Data

_____

**OLGP** (nome)

_____ _____ _____

Assinatura e carimbo Matrícula Data