



FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO TRT5-SAÚDE



Subseção BENEFICIÁRIOS

Nome do(a) Titular:	
Matrícula TRT5:	Telefone/Celular:

Vem requerer a EXCLUSÃO do TRT5-SAÚDE do:

() BENEFICIÁRIO TITULAR () BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Autorizo a exclusão do TRT5-Saúde do(s) meu(s) Dependente(s) abaixo discriminado(s):

GRAU DE DEPENDÊNCIA*	NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES:

* Grau de Dependência: **CJ** – Cônjuge; **CP** – Companheiro(a); **F** – Filho(a); **MN** – Menor sob Guarda ou Tutela

Declaro que estou ciente de que, quando do desligamento do Beneficiário Titular, todos os seus Beneficiários Dependentes automaticamente serão excluídos.

Declaro ainda, estar ciente de que o desligamento, a pedido do beneficiário titular, hipótese prevista no inciso X do artigo 41 do regulamento, dar-se-á no mês subsequente àquele em que for efetuada a solicitação.

Salvador, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Obs.: As exclusões solicitadas até o dia 25 do mês terão efeito a partir do dia 1º do mês seguinte.

Com efeitos a partir de ____ / ____ / ____
(preenchimento exclusivo da SAPS)