



FUNDAÇÃO SÃO PAULO
mantenedora da PUC-SP

Rua João Ramalho, 182 - Perdizes
São Paulo/SP • CEP 05008-000
Fone: (11) 3670-3333
www.pucsp.br/fundasp

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO SUL AMÉRICA SAÚDE

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome do Titular: _____

Número do cartão: _____

Depto.: _____

Pela presente, solicito a exclusão conforme abaixo:

Titular

Dependentes e Agregados

1. Nome: _____

Dependente

Agregado

2. Nome: _____

Dependente

Agregado

3. Nome: _____

Dependente

Agregado

Esclarecimentos:

- A solicitação de exclusão será aceita por esta DRH até o dia 15 de cada mês.
- Caso a exclusão seja solicitada fora do prazo estabelecido, o pedido será processado no próximo mês e com a permanência do desconto em folha de pagamento do mês da solicitação e do subsequente.
- O desconto do convênio permanecerá na folha de pagamento no mês da solicitação.
- O funcionário deverá devolver o (s) cartão (ões) de identificação junto com a solicitação de exclusão à esta DRH.

De acordo,

Assinatura do Titular