

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA EXCLUSÃO

Sr. Presidente,

Eu _____, funcionário(a) público(a) Municipal de Gurupi, lotado(a) no(a) _____ matricula n.º _____ venho por meio deste, requerer a **EXCLUSÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, junto a este Instituto de Assistência dos Servidores Públicos – VIDA+ GURUPI, ciente dos prazos de carência estabelecidos em lei, caso queira retornar a utiliza-lo.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Gurupi-TO, ____ de _____ de _____.

Funcionário (a) público (a)