ANAJUSTRA FEDERAL
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DO JUDICIÁRIO FEDERAL

ANAJUSTRA Federal
Operadora: Unimed Curitiba

EXCLUSÃO - DEPENDENTE

À ANAJUSTRA Federal:

Nome Servidor (a):_____

Matrícula do Servidor (a)_____Lotação de Trabalho:_____

Data de exercício: ___/___/_____ Cargo: _____

CPF:_____

E-mail:_____ Telefone p/ contato: _____

Solicito **exclusão** de meu dependente abaixo relacionado, do Plano de Saúde, declarando, para tanto, estar ciente e de pleno acordo com o disposto no contrato nº 066/2002 e 107340/2018, celebrado com a UNIMED CURITIBA – Sociedade Cooperativa de Médicos, em especial quanto ao prazo para exclusão e efeitos financeiros, ou seja, os requerimentos recebidos pela **ANAJUSTRA até o dia 20 (vinte) do mês em curso serão processados para o 1º (primeiro) dia do mês subsequente.**

Comprometo-me a devolver o(s) cartão(ões) de usuário(s) à ANAJUSTRA, estando ciente de que o uso indevido do mesmo dará origem à cobrança na folha de pagamento do titular.

Nome:_____

CPF:_____

Grau de dependência: _____

Motivo da exclusão:

☐ Óbito (Obrigatório anexar Certidão de Óbito)

☐ Outros

_____ _____

Local e data **Assinatura Servidor (a)**