



Prefeitura Municipal de Taubaté

Estado de São Paulo

Exoneração (Demissão) a pedido do servidor / Exoneração Ad Nutum

Ao Plano de Saúde Santa Casa Saúde

DECLARAÇÃO

Eu, _____, CPF: _____,

Beneficiário(a) titular do PLANO SANTA CASA SAÚDE, declaro o meu desligamento da Prefeitura Municipal de Taubaté pelo motivo abaixo:

☐ **Exoneração (Demissão) a pedido do servidor**

☐ **Exoneração de cargo em comissão / Ad Nutum**

Declaro estar ciente e de acordo com o cancelamento imediato do meu plano e dos meus dependentes, caso houver, uma vez interrompido o vínculo empregatício pelo motivo assinalado.

Taubaté ____/____/____.

Assinatura do beneficiário

Ou assinatura digital