

TERMO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE



Solicitação de exclusão de dependente

Ao IPE Saúde,

Eu, _____, CPF _____,
(nome completo – segurado titular) (número do CPF)

matrícula _____, solicito expressamente a exclusão de meu dependente
(número do cartão IPE Saúde)

(nome completo – dependente)

CPF _____, matrícula _____.
(número do CPF) (número do cartão IPE Saúde)

Ciente das seguintes condições:

- O(a) ex-dependente será comunicado(a) da exclusão do meu grupo familiar através do endereço eletrônico informado no formulário;
- O retorno do dependente ao grupo familiar será condicionado ao cumprimento de todos os requisitos legais para habilitação assim como a apresentação completa da documentação atualizada, devendo cumprir novo período de carências;
- É facultado ao dependente excluído optar pela permanência no IPE SAÚDE, na condição de dependente optante, na forma do art. 9º, §1º da LC 15.145/2018.

_____, _____ de _____ de _____.
(Cidade)

Assinatura