

Anexo X - REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu, _____
matrícula n°: _____, portador (a) do RG n°. _____, expedida em
_____/_____/_____, SSP/ _____ inscrito (a) no CPF sob o n° _____ lotado (a)
_____ REQUER junto (a) ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de
Valparaíso de Goiás requer a(as) exclusão do Regime de Assistência à Saúde:

Nome:			
<input type="checkbox"/> Titular	N° de Carteira	Data de Nascimento	Telefones P/ Contato
<input type="checkbox"/> Dependente			

Este pedido possui amparo legal na Lei n°. 779/2009 e na Portaria IPASVAL/SAÚDE n° 01/2023 e após o deferimento, que seja realizada comunicação à Divisão de Recursos Humanos da Secretaria onde estou lotado(a), para efeito de cancelamento dos próximos descontos.

Estou ciente de que minha reinclusão somente poderá ser realizada mediante autorização do Presidente do IPASVAL- SAÚDE.

Declaro ainda que, em caso de surgimento de débitos posteriores ao deferimento deste requerimento, os mesmos poderão ser descontados dos meus vencimentos, conforme legislação em vigor.

Valparaíso de Goiás — GO, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Requerente