

**Anexo VIII**

**PAS/SERPRO**

**GRUPO I**

**DECLARAÇÃO**

**NÃO CONTINUIDADE DO PLANO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_ matrícula \_\_\_\_\_,  
declaro para os devidos fins que estou declinando do direito de permanecer no Plano de  
Assistência à Saúde – PAS/SERPRO quando do meu desligamento da Empresa. Tenho  
conhecimento de que, após a minha exclusão e de meus dependentes do referido Plano,  
não será possível o retorno em hipótese alguma, considerando o caráter irrevogável da  
presente renúncia.

( ) Aposentado

( ) Demitido sem justa causa

( ) Pensionista

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Empregado**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data da Assinatura**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura OLGP**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data do Recebimento**