

Anexo X
PAS/SERPRO
GRUPO I
DECLARAÇÃO

OPÇÃO PELO PLANO DE SAÚDE PAS/SERPRO DE PESSOA REQUISITADA

Eu, _____, matrícula _____,
cedido ao Serviço Federal de Processamento de dados (SERPRO) pelo órgão
_____, declaro não usufruir do benefício de
Plano de Assistência à Saúde oferecido pelo meu órgão de origem, estando apto, assim,
a participar do PAS/SERPRO.

Estou ciente do Regulamento do PAS/SERPRO e concordo com seus termos.

Assinatura do Empregado

_____/_____/_____
Data da Assinatura

Assinatura OLGP

_____/_____/_____
Data do Recebimento