



Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA  
Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP  
Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV  
Telefone: (93) 2101-6535 E-mail: [sqv.ufopa@gmail.com](mailto:sqv.ufopa@gmail.com)

## REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE GEAP

Em, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

À Diretora de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV,

Com os devidos cumprimentos, solicito a Vossa Senhoria a efetuação o cancelamento de cadastro no plano de saúde GEAP.

( ) Cancelamento de servidor (e dependente(s), caso haja);

( ) Cancelamento apenas de dependente(s) .

Nome do servidor:		
Cargo:	Data de Nascimento: ____/____/____	
Matrícula SIAPE:	Lotação:	
Telefone:	E-mail:	
Nome dos Dependentes a serem cancelados	Relação de dependência (filho, cônjuge)	Data de Nasc.

### Documentação necessária para o cancelamento:

1. Requerimento de solicitação;
2. Formulário de cancelamento devidamente preenchido.

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

---

Assinatura do Requerente