

 FUNSERV	FUNDAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SOROCABA
--	---

**ANEXO 3**

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA FUNSERV**

Eu, , funcionário /  
aposentado / pensionista da  Prefeitura Municipal de Sorocaba,  Serviço Autônomo de  
Água e Esgoto de Sorocaba,  FUNSERV,  Câmara Municipal de Sorocaba, inscrito na  
FUNSERV sob o nº , solicito o cancelamento de minha titularidade da  
Assistência à Saúde a partir desta data.

Declaro estar ciente de que não poderei solicitar o reingresso ao sistema, sendo o cancelamento  
em caráter definitivo, de acordo com a Lei Municipal nº 10.965/2014

Sorocaba,  de  de

\_\_\_\_\_  
assinatura

.....  
**PROTOCOLO**

Declaro ter recebido a Solicitação de Cancelamento da Assistência à Saúde do Sr.(a)

em , de acordo com a

Lei Municipal nº nº 10.965/2014

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Funcionário da FUNSERV