

**PAE – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL**  
Pedido de Suspensão do Reembolso do Cuidador PAE.

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR**  
*(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)*

<b>Nome completo:</b> _____	<b>Matrícula/CB:</b> _____	
<b>CPF:</b> _____	<b>Nº do documento de Identificação:</b> _____	
<b>Unidade de Lotação/Vinculação:</b> _____		
<b>Endereço:</b> _____		
<b>Complemento (apto., casa, bloco):</b> _____	<b>Bairro:</b> _____	<b>UF:</b> _____
<b>Cidade:</b> _____	<b>CEP:</b> _____	- _____
<b>Telefone 1: ( ____ )</b> _____	<b>Telefone 2: ( ____ )</b> _____	
<b>E-mail:</b> _____		

Eu, beneficiário titular da Saúde Petrobras, empregado(a) / aposentado(a) ou pensionista ou anistiado pela Lei 10.559/2002, solicito suspensão do reembolso de Cuidador PAE que atualmente é oferecido para meu(minha) dependente, inscrito(a) no PAE, abaixo identificado(a).

**IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE**  
*(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)*

<b>Nome:</b> _____		
<b>Nascimento:</b> ____ / ____ / _____	<b>CPF:</b> _____	<b>Nº Doc. Identificação:</b> _____
<b>Nome da Mãe:</b> _____ (completo conforme certidão ou identidade)		

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(cidade) (UF) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular)

\_\_\_\_\_  
(Rubrica-Matrícula do Atendente)

**Todas as folhas deverão ser rubricadas pelo beneficiário titular.**