

Sobral/CE, _____ de _____ de _____.

À

UNIMED SOBRAL

Ref.: EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

(CNPJ) _____

(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA)

- Solicitamos a exclusão do(s) beneficiário(s) baixo do nosso plano empresarial:

NOME BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

(CPF): _____

Assinatura: _____

Dependentes:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Data da Exclusão: ____/____/____

Atenciosamente,

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL LEGAL

(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA)