

## SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

<b>Nº do Contrato:</b>	<b>Data da Exclusão:</b>
------------------------	--------------------------

**Empresa contratante:**

**Tipo: Exclusão de Dependente**

### DADOS DO TITULAR

Nome:		Data de nascimento:	
Estado civil:	Sexo:	Pis:	
RG:	Orgão emissor:	Nacionalidade::	
CPF:	Cartão nacional de saúde:	telefone:	
Pai:			
Mãe:			
Endereço:		Nº:	complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:

### DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO DO PLANO DE SAÚDE

Nome:		Data de nascimento:	
CPF:	Sexo:	Estado Civil:	Parentesco:
Mãe:			
Pai:			

### DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO DO PLANO DE SAÚDE

Nome:		Data de nascimento:	
CPF:	Sexo:	Estado Civil:	Parentesco:
Mãe:			
Pai:			

### DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO DO PLANO DE SAÚDE

Nome:		Data de nascimento:	
CPF:	Sexo:	Estado Civil:	Parentesco:
Mãe:			
Pai:			

### DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO DO PLANO DE SAÚDE

Nome:		Data de nascimento:	
CPF:	Sexo:	Estado Civil:	Parentesco:
Mãe:			
Pai:			

<p>Declaro para os devidos fins necessários que as informações acima prestadas estão corretas, e que estou ciente do cancelamento solicitado acima.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Assinatura do Titular</p>	<p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Nome do responsável carimbo e assinatura do (a) contratante</p>
---	---

Obs.: O cartão do beneficiário deverá ser devolvido pela empresa. Caso o motivo do cancelamento seja por óbito, a certidão de óbito deverá ser anexada. Nenhum documento entregue poderá ter rasuras. Todos os campos deverão ser preenchidos