

**EXCLUSÃO COMO ASSOCIADO - ASFUG**

Eu:

Matricula:

CPF:

Pelo presente documento, solicito o meu desligamento como Associado da ASFUG-ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA UNIMED GOIÂNIA, e declaro estar ciente que devido ao desligamento não terei direito de usufruir dos benefícios e eventos promovidos pela mesma.

Goiânia, de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura