

 Goiânia, de de .

**SOLICITAÇÃO PARA EXCLUSÃO DEPENDENTE DO PLANO DE SAÚDE**

Eu, matrícula, setor, telefone, , solicito a exclusão do plano de saúde dos meus dependentes .

Estou ciente que após esta solicitação o mesmo só poderá retornar após 1 um ano.

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

 Assinatura