

Goiânia, de de .

**SOLICITAÇÃO PARA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE**

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

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

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

Assinatura