



# PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

# EXCLUSÃO

Nome:

REG:

Nasc.:

Lotação:

Tel:

Residência:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Admissão:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

## 1. EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

### RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S):

| Nome: | Parentesco | Data Nascimento |
|-------|------------|-----------------|
| Mãe:  |            |                 |

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Nome: |  |  |
| Mãe:  |  |  |

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Nome: |  |  |
| Mãe:  |  |  |

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Nome: |  |  |
| Mãe:  |  |  |

DATA: ...../...../.....

ASSINATURA: .....

## 2. EXCLUSÃO TOTAL

Solicito a minha exclusão e do(s) meu(s) dependente(s) do PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR da CDRJ.

DATA: ...../...../.....

ASSINATURA: .....