

AUTORIZAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Eu, _____, servidor(a) do(a) _____, matrícula funcional nº _____, autorizo a EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO (S) na Assistência Odontológica, referente ao plano AMIL DENTAL, a partir do próximo mês (a ser visto).

Para fins de atualização cadastral, favor informar endereço residencial abaixo:

Endereço residencial:

CEP:

EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Nome do dependente (1):

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (2):

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (3):

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (4):

Grau de parentesco com o titular:

Rio de Janeiro; ____ de _____ 2021.

Assinatura do Titular