

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 _____ 2026.

Assinatura do Titular