

ENVIAR FICHA DE EXCLUSÃO ATÉ O DIA 05 DE CADA MÊS.
APÓS ESSA DATA O DESCADASTRAMENTO SERÁ FEITO NO MÊS SUBSEQUENTE.



FICHA DE EXCLUSÃO

- ☐ EXCLUSÃO AESSP (ASSOCIADOS SEM PLANO ODONTOLÓGICO)
- ☐ EXCLUSÃO APENAS DO BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO: () METLIFE () UNIODONTO
- ☐ EXCLUSÃO TOTAL (AESPP + ODONTOLÓGICO) () METLIFE () UNIODONTO

OBS.: NÃO É POSSÍVEL CANCELAR AESPP E MANTER APENAS O PLANO ODONTOLÓGICO

DADOS DO ASSOCIADO

Nome do Titular (sem abreviações):

NIF: _____

CPF do Titular: _____

CAT (Lotação): _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO (OPCIONAL)

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Titular