

FICHA DE EXCLUSÃO

- EXCLUSÃO AESSP (ASSOCIADOS SEM PLANO ODONTOLÓGICO)
 EXCLUSÃO APENAS DO BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO-METLIFE
 EXCLUSÃO TOTAL (AESSP + ODONTOLÓGICO)

OBS: não é possível sair da AESSP e continuar no 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)