



Av. Goiás, Nº 174, Ed. São Judas Tadeu - sala 205 – Setor Central – CEP:74.010-010 - Goiânia-GO.

FORMULÁRIO - EXCLUSÃO PLANO UNIMED.

<u>EXCLUSÃO:</u>	<input type="checkbox"/> PLANO SERVIDORES TRE-GO/ASSETRE-GO	<input type="checkbox"/> PLANO AGREGADOS/ASSETRE-GO			
<u>MOTIVO DO CANCELAMENTO:</u>	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> VACÂNCIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO	<input type="checkbox"/> CEDIDO	<input type="checkbox"/> OUTROS
<u>EXCLUSÃO SOLICITADA:</u>	<input type="checkbox"/> TITULAR E DEPENDENTE (S)	<input type="checkbox"/> SOMENTE DEPENDENTE (S)	<input type="checkbox"/> AGREGADO (S)		

DADOS DO TITULAR RESPONSÁVEL

NOME DO SERVIDOR (A): _____

MATRÍCULA TRE-GO: _____ CPF: _____ RG: _____

E-MAIL: _____ TELEFONE: () _____

EU SERVIDOR (A) DO TRE-GO - TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE GOIÁS E ASSOCIADO À ASSETRE-GO, VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR A EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE UNIMED DO BENEFICIÁRIO (A) ABAIXO RELACIONADO (A):

1 NOME DO BENEFICIÁRIO A SER EXCLUSO:

CPF: _____ RG: _____

2 NOME DO BENEFICIÁRIO A SER EXCLUSO:

CPF: _____ RG: _____

Outrossim, autorizo a ASSETRE-GO a descontar da minha folha de pagamento os valores referentes à utilização do Plano Unimed durante o mês desse pedido, bem como, os valores oriundos de aumento de mensalidade ou qualquer outra taxa ou valores relacionados ao plano hora contratado. Autorizo a ASSETRE-GO a realizar a exclusão, isentando-a de quaisquer responsabilidades advindas do meu pedido.

NOTA: NA SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DO TITULAR DO PLANO, AUTOMATICAMENTE TODOS OS DEPENDENTES SERÃO EXCLUSOS.

Goiânia, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE

ASSETRE-GO .

Av. Goiás, Nº 174, Ed. São Judas Tadeu - sala 205 – Setor Central - CEP.74.010-010 - Goiânia-GO.

Fone: (062) 3213-1974/ E-mail: assetre@assetre.com.br.