Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, funcionário (a) do CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA – CFO, inscrito (a) sob nº \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (INCLUSÃO/EXCLUSÃO) do(s) meu(s) dependente(s) / agregado(s) do plano de saúde UNIMED, conforme abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **DATA DE NASCIMENTO** | **CPF** | **SEXO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* INCLUSÃO
* EXCLUSÃO

Brasília, DF \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO EMPREGADO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo**

**ASSINATURA DO SERHUM:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura e Carimbo**