

Viçosa, ____/____/____

Ao
Setor de Cadastro
Plano de Assistência Médico-Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa – PLAMHUV

Prezados Senhores;

Solicitamos a Exclusão de _____
CPF: _____, e dependentes no plano _____,
conforme contrato de prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, firmado entre a
empresa _____ e a FUNDAÇÃO
PLAMHUV.

Atenciosamente;

Carimbo e assinatura da empresa