Carta em papel timbrado com nome e cnpj da empresa ou registrada em cartório

SÃO PAULO, 05 DE JULHO DE 2022.

A/C BRADESCO

Ref: Exclusão/Inclusão de Segurado e/ou dependentes

Solicitamos a exclusão/inclusão do funcionário e dependentes (se houver) abaixo na apólice de saúde, destinada à empresa NOME DA EMPRESA , CNPJ número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Funcionário(a):

CPF:

Dependentes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:

Vigência imediata.

\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO RESPONSAVEL LEGAL PELA EMPRESA \_\_\_\_\_\_\_\_

+ carimbo contendo: NOME E CNPJ DA EMPRESA