FICHA DE EXCLUSÃO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DADOS DO TITULAR | | | | |
| Nome: | | Data de Nascimento: | | |
| Carteira de Identidade: | | CPF: | | |
| Endereço: | | Bairro: | | |
| Cidade: | | CEP: | | |
| Telefone: | | Sexo: | | |
| Pai: | | | | |
| Mãe: | | | | |
| DEPENDENTES A SEREM EXCLUÍDOS | | | | |
| Nome | Sexo | | Nascimento | Parentesco |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| MOTIVO DA EXCLUSÃO | | | | |
| Insira seu comentário. | | | | |

**DECLARO SEREM VERÍDICAS AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS:**

|  |  |
| --- | --- |
| Data: | Assinatura: |

*Conferi os documentos apresentados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Funcionário da administração CEL OAB-GO)