

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO

À Unimed Picos,

Eu, _____, portador (a) do
CPF _____, RG _____, residente
na _____, Bairro _____ -
Picos - PI, telefones (____) _____-_____, venho solicitar o **cancelamento** do
plano de saúde abaixo.

NOME

NASCIMENTO

_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____

Contrato: _____

Motivos do cancelamento:

- () Óbito;
- () Situação Financeira;
- () Morar em outro estado / país;
- () Venda mal feita;
- () Transferência de plano PF para PJ;
- () Transferência de plano PJ para PF;
- () Transferência de plano PJ para PJ;
- () Insatisfação com o plano;
- () Autorização de procedimentos;
- () Atendimento na UNIMED;
- () Rede credenciada não satisfaz;
- () Atendimento na rede credenciada: _____
- () Outro: _____

Picos, _____ de _____ de 2.016.

Assinatura Responsável

Para uso da Unimed:	
Sim	Não
Devolveu Carteira ()	()
Cancelado em ____/____/____	