

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Período de permanência, até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Plano a ser cancelado:

 Titular, dependentes e agregados.       Dependente       Agregado**TITULAR**

Titular: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Conveniada: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Trab.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE E/OU AGREGADO**

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**MOTIVO PARA O CANCELAMENTO** Mudança de operadora       Falecimento       Inadimplência  
 Desistência       Demissão       Viagem

Outros: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO**

A não devolução do(s) cartão(ões) e cheque(s) consulta acarretará na cobrança integral das despesas referente a utilização após o cancelamento do plano. Caso haja interesse de reingresso poderão ser cobradas as contribuições que ficaram em aberto.

 Em anexo, os respectivo(s) cartão(s) de identificação e cheque(s) consulta.\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular\_\_\_\_\_  
Assinatura da CAURN