

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO

Data da solicitação: ____/____/____

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.

Para planos coparticipativos informamos que caso haja devolução a ser feita pela CAURN a mesma fará encontro de contas para cobranças futuras de coparticipação.

 Em anexo, os respectivo(s) cartão(s) de identificação e cheque(s) consulta._____
Assinatura Titular_____
Assinatura CAURN

