



www.unimedfama.com.br
 Rua Rio Amapá, nº 374 - Conj.
 Vieiralves
 Bairro Nossa Sra. das Graças
 CEP: 69053-150 - Manaus-AM
 T. 92 3303-8000

TERMO DE CANCELAMENTO DO PLANO

Eu, _____
 _____ portador do RG _____, CPF _____, titular e
 responsável financeiro do contrato, venho por meio deste SOLICITAR O
 CANCELAMENTO DO PLANO de saúde do(s) beneficiário(s)

_____, código do(s) beneficiário(s):

(0985) _____;

(0985) _____;

(0985) _____;

(0985) _____.

Motivo:

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular do Plano)

