

Termo de cancelamento do Plano de Saúde

Dados do titular do plano

Nome:		CPF:
Endereço:		
Bairro:	CEP:	Cidade/UF:
Tel. Residencial:	Tel. Celular:	E-mail:

Como participante titular do plano de saúde, acima identificado, solicito o cancelamento a partir desta data dos inscritos relacionados a seguir:

Grau de Parentesco	CPF	Nome do Beneficiário	Plano <small>(ver código do plano abaixo)</small>

Solicito também a minha exclusão do plano.

Motivo do Cancelamento:

() Dificuldade Financeira () Falecimento () Perdeu o Direito () Rede Insatisfatória
 () Outros (especificar): _____

Declaro estar ciente de que esta solicitação implicará nas seguintes responsabilidades:

- 1.) O Cancelamento do plano de saúde resulta na imediata quitação de débitos pendentes ou remanescentes em qualquer um dos recursos;
- 2.) É obrigatória a devolução das carteiras de identificação concedidas aos inscritos no convênio, no prazo máximo de 10 dias após o cancelamento;
- 3.) O titular é plenamente responsável pelo pagamento integral de despesas que resultem no uso indevido, por parte dele próprio ou de seus dependentes, após a formalização deste pedido.

Portanto, na condição de titular autorizo a cobrança dos valores devidos em folha de pagamento, ou na impossibilidade de utilização desse meio, desconto por débito em conta corrente do Banco do Brasil.

Agência _____ C/C: _____ - _____

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura do titular

CÓDIGO DO PLANO:

1 - BASICO	2 - ECONOMUS FAMÍLIA	3 - ECOSAUDE II	4 - FEAS/BASICO	5 - FEAS/PAMC	6 - NOVO FEAS	7 - PAMC	8 - PLUS	9 - PLUS II
------------	-------------------------	-----------------	-----------------	---------------	---------------	----------	----------	-------------