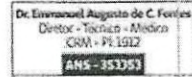




www.unimedteresina.com.br  
 Rua São João, 1262, Centro Sul  
 64001-360, Teresina-PI  
 T. (86) 2107-8000



### SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_,  
 portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_ órgão emissor: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ e do  
 CPF nº \_\_\_\_\_, residente no endereço  
 \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro  
 \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, CEP  
 \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, telefone  
 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, venho solicitar o cancelamento do (s) plano (s)  
 abaixo:

NOME	Nº CARTEIRA	CPF	DEPENDÊNCIA
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE
			<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE

CONTRATO Nº: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DO CANCELAMENTO: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Motivos do Cancelamento:**

- Óbito;  Financeiro;  Residir em outro Estado / País;
- Produto não condiz com o oferecido ;  Transferência de plano PF para PJ;
- Transferência de plano PJ para PF;  Portabilidade de Carências;
- Mudança para outra Operadora - Qual? \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

**Insatisfação com o plano:**

- Autorização de procedimentos;
- Atendimento na Sede da Unimed Teresina;
- Atendimento Telefônico;
- Rede Credenciada ( Cooperados,  Clínicas,  Hospitais,  Laboratórios);
- Outros: \_\_\_\_\_

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do usuário ou responsável



Membro da Aliança  
 Cooperativa Internacional

“Cooperativismo: o caminho para o desenvolvimento e a justiça”  
 Roberto Rodrigues

ANS - nº35353