

DATA: _____, ____ de _____ de 20 ____.

Solicitação de Cancelamento

Eu, _____
portador (a) do RG: _____ e CPF: _____._____._____/_____,
venho por meio desta carta solicitar o cancelamento do meu plano de saúde da

(OPERADORA)

**Obs.: Tenho ciência que poderei usar o plano somente até o último dia do mês de _____/20_____, e que a partir do próximo mês estarei cancelado(a).
E que se houver dependente será cancelado automaticamente junto.**

Informo para os devidos fins o motivo pelo qual estou cancelando plano:

(MOTIVO)

Segue meus dados caso necessitem:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Atenciosamente,

(Assinatura do titular)