



# PEDIDO DE CANCELAMENTO

MATRÍCULA CNEN

NOME DO TITULAR

| | | | | - | |

**SOLICITO O CANCELAMENTO DE:**

TITULAR

DEPENDENTE

Ordem e Nome do(s) dependentes(s):

| |

\_\_\_\_\_

| |

\_\_\_\_\_

| |

\_\_\_\_\_

| |

\_\_\_\_\_

ESTOU CIENTE DE QUE O CANCELAMENTO SÓ SERÁ ACEITO, UMA VEZ SATISFEITAS AS CONDIÇÕES REGULAMENTARES E DEVOLVIDAS AS CARTEIRAS DO PLANO MÉDICO. AS ALTERAÇÕES DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO SÃO EFETUADAS NO MÊS SUBSEQÜENTE À SOLICITAÇÃO SUPRA.

\_\_\_\_\_,  
LOCAL\_\_\_\_\_  
DATA\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR

TELEFONE RESIDENCIAL

RAMAL

**OBS.: ANEXAR AS CARTEIRAS DO PLAM-CNEN****PARA USO DO PLAM CNEN****EXISTÊNCIA DE SALDO DEVEDOR**

SIM

NÃO

**CLASSE DE DESCONTO**

De: \_\_\_\_% Para: \_\_\_\_%

Em \_\_\_\_\_

**VALOR R\$**

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL - PLAM - CNEN