



REQUERIMENTO

TITULAR:.....**CPF:**.....

Policial Militar Ativo Inativo Pensionista Agregado

Vigência..... 1º Venc.....

Na condição de Associado (a) Titular, regularmente inscrito(a), conforme Proposta de Adesão nº..... o Plano de Saúde, vem respeitosamente perante a Diretoria desta Entidade OPS, requerer o que se segue:

- cancelamento integral da proposta de adesão
 desligamento de beneficiário/usuário incluso no Grupo Familiar:
Especificar o (s) usuário(s).....

Referida solicitação está sendo efetuada pelo(s) seguinte (s) motivo (s):.....

Obs: Fui cientificado sobre a obrigatoriedade do pagamento das mensalidades e co-participações vencidas, referentes ao mês do pedido do cancelamento e outros débitos, se houver, decorrentes da utilização dos serviços disponibilizados e ainda não processados e repassados a este (a) Associado (a).

Este Requerimento se Protocolado na APAS até o dia 25 de cada mês, será avaliado e deferido ou não pela Diretoria, considerando o último dia do mês em que for protocolado, ficando resguardado ao (s) usuário (s), o direito a eventual utilização do Plano também até o ultimo dia útil do mesmo mês, e a partir de então serão cancelados.

Após, homologada a exclusão requerida, o Titular requerente fica responsável nas esferas civil e penal pela utilização indevida das credenciais do Plano de Saúde que não forem anexadas a este Requerimento.

Abaixo ao presente enumero os seguintes documentos:

- Credenciais APAS - Araçatuba Credencias Unimed

Termos em que
Pede Deferimento

Araçatuba,dede

Assinatura.....
CPF.....

APAS-ARAÇATUBA
Protoc:
Data, ___/___/___

Araçatuba,/...../.....
Do Diretor Presidente
Ao Setor de Cadastro

Recebido.....

.....
.....