

## SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PLANO

**EMPRESA:** \_\_\_\_\_

Pelo presente, solicito à CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO BRASIL - CAMED a:

**Cancelamento do plano do TITULAR.**

**Cancelamento do plano do(s) DEPENDENTE(S) abaixo.**

DADOS DO TITULAR					
NOME:			MATRÍCULA: <b>PARA USO DA CAMED</b>		
CPF:	RG:		ÓRGÃO EMISSOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC):				NÚMERO:	
COMPLEMENTO (APTO, SETOR, BLOCO, ETC):			BAIRRO:		
MUNICÍPIO:	UF:	DDD:	TEL RESIDENCIAL:	TEL COMERCIAL:	TEL CELULAR:
DEPENDENTES					
NOME:			MATRÍCULA:		
NOME:			MATRÍCULA:		
NOME:			MATRÍCULA:		
NOME:			MATRÍCULA:		
NOME:			MATRÍCULA:		
NOME:			MATRÍCULA:		
MOTIVOS PARA O CANCELAMENTO					
<input type="checkbox"/> ADESÃO A PLANO DE SAÚDE DE OUTRA OPERADORA			<input type="checkbox"/> DEMISSÃO A PEDIDO		
<input type="checkbox"/> A PEDIDO			<input type="checkbox"/> FALECIMENTO		
<input type="checkbox"/> DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA			<input type="checkbox"/> DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA		
<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA DO PLANO			<input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO PARA OUTRO PLANO DA CAMED		
<input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR):					
ATENÇÃO					
<b>A NÃO DEVOLUÇÃO DO(S) CARTÃO(ÕES) ACARRETERÁ NA COBRANÇA INTEGRAL DAS DESPESAS REFERENTES A UTILIZAÇÃO APÓS O CANCELAMENTO DO PLANO.</b>					
<input type="checkbox"/> EM ANEXO, O(S) RESPECTIVO(S) CARTÃO(ÕES) DE IDENTIFICAÇÃO.					
LOCAL E DATA			ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO RH DA EMPRESA		
_____			_____		

**CANCELAMENTO**