

Central de Atendimento do **Unesp Saúde**: segunda a sexta-feira, horário comercial, fones: 0800 771 5026 ou (11) 3292-6799

Prezados Senhores

Sirvo-me da presente para solicitar o cancelamento da(s) inscrição(ões) no Plano **UNESP SAÚDE**, sob minha responsabilidade, abaixo descrito:

Cancelamento:  Titular  Dependente  Agregado

### Relação dos usuários a serem cancelados

Código do Grau de Parentesco (CGP): (1) Cônjuge; (2) Companheiro(a); (3) Filho(a) menor de 24 anos; (4) Pai/Mãe; (5) Filho(a) maior de 24 anos; (6) Outros.

CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	

### Motivo do Cancelamento

### Dados do Usuário Titular

NOME DO TITULAR

CPF  -

RG

**Ao UNESP SAÚDE**

## DECLARAÇÃO

**Declaro** estar ciente de que o cancelamento recebido pelo **UNESP SAÚDE**, após o dia 5 do mês, somente terá efeito no mês subsequente. **Declaro** estar ciente que, como a cobrança da mensalidade é em regime de pré-pagamento, tenho direito a utilização até o final do mês em que ocorre o desligamento. **Declaro** que estou devolvendo as carteiras de identificação.

Nota: • sem a devolução da(s) carteira(s) esta solicitação de cancelamento não terá validade;  
• quando o titular solicitar cancelamento, automaticamente serão cancelados todos os seus dependentes e agregados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO TITULAR