

## SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO PLANO

Data da solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Plano a ser cancelado:

 Titular  Dependente  Agregado  Titular, dependentes e agregados

### TITULAR

Titular: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Conveniada: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabalho: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Ag: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_ Op: \_\_\_\_\_

### DEPENDENTES E/ OU AGREGADOS

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DO CANCELAMENTO

 Mudança de operadora  Falecimento  Inadimplência Demissão  Viagem  Desistência Outros: \_\_\_\_\_

#### Sede UFRN

Av. Sen. Salgado Filho n° 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

## ATENÇÃO

Caso haja interesse de retorno ao plano poderão ser cobradas as contribuições que ficaram em aberto.

Para planos coparticipativos, informamos que caso haja devolução a ser feita pela CAURN, a mesma fara encontro de contas para cobranças de futuras coparticipações.

---

Assinatura do titular

---

Assinatura da CAURN

### **Sede UFRN**

Av. Sen. Salgado Filho n° 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800