

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

À Unimed Ferj,

Venho por meio desta, informar que o beneficiário Sr.(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cartão \_\_\_\_\_, pertence ao quadro de  
funcionários da Empresa \_\_\_\_\_, porém deseja o cancelamento do  
plano de saúde junto a Unimed Ferj.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

Beneficiário Titular

\_\_\_\_\_

Responsável pela Empresa

