



SERPRAM

Serviço de Prestação de Assistência Médico-Hospitalar S/A

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE CONTRATO

_____, _____ de _____ de _____

Ao SERPRAM S/A.

1. Dados da Pessoa Jurídica:	
Razão Social:	
CNPJ:	
Endereço:	
Modalidade:	Médico (<input type="checkbox"/>) Odonto (<input type="checkbox"/>)
2. Motivo do cancelamento:	
<input type="checkbox"/>	Extinção do CNPJ
<input type="checkbox"/>	Mudança de Plano - Transferência por Movimentação
<input type="checkbox"/>	Mudança de CNPJ - Redução do Quadro / Reestruturação da empresa
<input type="checkbox"/>	Desacordo Comercial - Preço, Rede, Produto, Fator Limitador, Produto descontinuado, Reajuste.
<input type="checkbox"/>	Outros:
Observação: Itens 1 e 2 destinados ao preenchimento pelo cliente/solicitante.	
3. Informações complementares:	
Total de beneficiários:	
Grupo Empresarial:	
Valor da última fatura:	R\$
Procedimentos em relação aos beneficiários "em continuidade"	A notificação foi confeccionada? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
	A notificação foi encaminhada ao beneficiário? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
	O aviso de recebimento da notificação retornou? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
Observação: Item 3 destinado ao preenchimento pelo SERPRAM.	

Programação da data de Cancelamento: _____

OBS.: A solicitação de cancelamento deverá ser enviada para a Operadora até o dia 18 de cada mês para ter efeito a partir do 1º dia do mês seguinte, respeitado, ainda, o aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao efetivo cancelamento, nos termos da Cláusula Quinta, do contrato principal.

SOLICITANTE

SERPRAM S.A.

Data recebimento	Data Processamento /Nome	Data de Arquivamento