

CARTA MODELO (PAPEL TIMBRADO)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

A

Unimed Rio

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 RIO.

Atenciosamente,

Beneficiário Titular

Responsável pela Empresa

OBS: EM PAPEL TIMBRADO DA EMPEESA
