



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS
MILITARES ESTADUAIS**

CANCELAMENTO CONVÊNIO UNIMED – ABEPOM

Eu, _____, Matr: __
_____, venho através deste, solicitar o cancelamento do meu plano
e de meu dependente _____
RG _____ CPF _____ nome da
mãe _____ em favor de
UNIMED/ABEPOM, por não mais desejar utilizar o mesmo.

Assinatura do Requerente

Local e Data:

_____, ____/____/____.