

Identificação do Solicitante (Titular):

Nome: _____

Número do cartão CASF: _____

Justificativa do cancelamento

- Motivo Financeiro
- Não utiliza o plano
- Mudança para o exterior
- Migração para outro plano de saúde
- Insatisfação com atendimento CASF Prestador
- Outros motivos

Observações:

1. Devolução do(s) Cartões **CASF** e Convênios de Reciprocidade ou Especiais de Beneficiário(s):

1.1 Devolvido(s): _____

(Anotar somente o nº do cartão e anexá-lo(s) a este. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente).

1.2 Não devolvido(s): _____

(Anotar o(s) nome(s) do(s) Assistido(s). Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente).

2. Utilizações que venham a ser feitas com o cartão **CASF** e convênio de reciprocidade **não devolvido** serão caracterizados como **USO INDEVIDO**, ocasionando a cobrança integral da utilização e a aplicação dos dispositivos legais pertinentes.
3. A documentação para cancelamento, deverá chegar à CASF até o dia 23 de cada mês, para viabilizar o processamento da solicitação, até o dia 30, de modo a cumprir o prazo de fechamento da cobrança.
4. Com o cancelamento o(s) assistido(s) deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelos planos da **CASF**.
5. O retorno ao plano poderá ocorrer a qualquer momento, observado as regras em vigor específicas para esse fim, podendo ser exigido também nova apresentação de documentos e o cumprimento de novo período de carência.

Plano	Nome do Associado a ser Excluído	Nº. CPF	Dt. Nascimento

6. Utilizações que por ventura gerem **coparticipações** realizadas pelo(s) assistido(s) cancelado(s) e que ainda não tenham sido processadas até a data de cancelamento serão cobradas posteriormente, sendo seu pagamento de caráter obrigatório. A cobrança poderá ser efetuado no dia através de(a):

- () Débito na minha conta corrente de nº na agência do Banco da Amazônia.
- () Folha de Pagamento.
- () Cobrança via boleto a ser apresentada pela CASF.

Local e Data

Assinatura do Titular

Despachos da CASF