



**CONVENIO SAÚDE
CANCELAMENTO**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos**

CANCELAMENTO DO CONVENIO SAÚDE

Eu , portador (a) da matrícula nº
solicito o cancelamento de meu convênio saúde **a partir do dia** .

Ao: Recursos Humanos

Encontro-me ciente que solicitei o cancelamento do Convênio Saúde oferecido pela Prefeitura Municipal de Angra dos Reis de forma automática no ato admissional.

As solicitações requeridas até o dia 15 (quinze) de cada mês terão o cancelamento oficializado a partir do próximo mês.

Segue abaixo os motivos do cancelamento:

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Agente Público