



Ao
SINDICATO DOS LOJISTAS DO COMÉRCIO DE PORTO ALEGRE
Rua dos Andradas, 1234 – 22.º Andar – Departamento Comercial
CEP 90.020-008 – Porto Alegre/RS

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Prezados Senhores:

Ao cumprimentá-los, solicitamos a **EXCLUSÃO DO COMPLEMENTO S.O.S UNIMED**, do(s) beneficiário(s) abaixo relacionado(s).

N.º	Nome Completo do Beneficiário(a)	Código	Devolução da Carteira	
1			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
02			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
03			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
04			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
05			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
06			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
07			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
08			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
09			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Motivo: _____

Atenciosamente,

(Assinatura do Responsável da Empresa)

Razão Social:

Carimbo contendo C.N.P.J.:

OBS: Para que não seja gerada a mensalidade do convênio no mês seguinte, a solicitação de cancelamento deve ser entregue ao Sindilojas Porto Alegre até o dia 15 do mês vigente.