

**TERMO DE MOVIMENTAÇÃO
PLANO ODONTOLÓGICO PREVIDENT**
(APENAS PARA CANCELAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS)

A/C Departamento Comercial - CDL Florianópolis

RAZÃO SOCIAL: _____

CÓDIGO DE ASSOCIADO: _____

Vimos pelo presente, solicitar a movimentação do Plano Prevident do(s) seguinte(s) Usuário(s):

▪ **NOME DO TITULAR***: _____

▪ **NOME DEPENDENTE(S)**: _____

CANCELAMENTO:

Demissão – iniciativa da empresa

Demissão – iniciativa do funcionário

Não deseja mais o plano (*Quando assinalado este motivo, será obrigatório preencher os campos abaixo (telefone, e-mail e motivo do cancelamento))

*Telefone (Titular): (____) _____ *E-mail (Titular): _____

*Motivo do cancelamento do plano: _____

CASO SEJA OUTRO TIPO DE MOVIMENTAÇÃO, ESPECIFICAR ABAIXO:

IMPORTANTE: A via original da solicitação deverá ser entregue na CDL Florianópolis (cancelamentos, transferências, inclusões). O Prazo de movimentação permanece até o dia 10 de cada mês. Havendo dependentes, serão cancelados automaticamente.

Florianópolis, ____ de _____ de 20____.

(Assinatura do responsável pela Empresa)

Carimbo e CNPJ/MF da empresa

**Para solicitação de SEGUNDA VIA do cartão: Enviar e-mail com nome completo para:
beneficios@cdlflorianopolis.org.br

Espaço reservado - CDL Florianópolis

Recebido por: _____

Data do Recebimento: ____/____/____