

TERMO DE CANCELAMENTO PLANO ODONTOLÓGICO PREVIDENT

RAZÃO SOCIAL: _____

CÓDIGO DE ASSOCIADO: _____

Vimos pelo presente, solicitar o cancelamento do Plano Prevident do(s) seguinte(s) Usuário(s):

▪ NOME DO TITULAR: _____

▪ NOME DEPENDENTE(S): _____

Marcar esta opção caso o cancelamento seja apenas do(s) dependente(s)

MOTIVO DO CANCELAMENTO:

Desligamento da empresa (Demissão).

Não deseja mais o plano: _____

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. * Cancelando o Titular, os dependentes serão cancelados automaticamente.

Florianópolis, ____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do responsável pela Empresa)

Carimbo e CNPJ/MF da empresa

Espaço Reservado para CDL Florianópolis

Recebido por: _____

Data recebimento: ____/____/____