



EXCLUSÃO DE USUÁRIO NO PLANO ODONTOLÓGICO

Comunicamos a exclusão do usuário _____

CPF: _____ Cartão número **9 000** _____

do Plano Odontológico **SOU – ADMINISTRAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICOS LTDA**, por motivo de:

(Marcar um “X” No quadro correspondente ao motivo de exclusão)

MOTIVOS DE EXCLUSÃO			
	DEMITIDO		TRANSFERÊNCIA ENTRE EMPRESAS DO MESMO GRUPO
	MUDANÇA DE ENDEREÇO		POSSUI OUTRO PLANO ODONTOLÓGICO
	MUDANÇA CONVÊNIO		INDISPONIBILIDADE DE AGENDA
	PROBLEMAS FINANCEIROS		NEGATIVA DE ATENDIMENTO
	MAIORIDADE		DEMORA NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS
	ÓBITO		NECESSIDADE DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS
	INADIMPLÊNCIA		INSATISFAÇÃO NO ATENDIMENTO DO DENTISTA
	NÃO UTILIZAÇÃO DO PLANO		INSATISFAÇÃO COM A REDE CREDENCIADA (FALTA DE PROFISSIONAIS)
	TÉRMINO DO TRATAMENTO		INSATISFAÇÃO COM A REDE CREDENCIADA (FALTA DA ESPECIALIDADE)
	AFASTADO INSS		NÃO COBERTURA DE PROCEDIMENTOS
	APOSENTOU-SE		FALTA DE RETORNO DO DENTISTA (RECADO NA SECRETÁRIA ELETRÔNICA)
	TRANSFERÊNCIA DE PJ PARA PF		

No caso de exclusão inferior as 12 meses de permanência, o beneficiário, titular ou dependente, será cobrada da CONTRATANTE a diferença entre o custo operacional dos serviços utilizados pelo beneficiário e a receita obtida pelo pagamento das suas mensalidades.

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura Colaborador (a) da Empresa

Empresa Contratante - Assinatura e carimbo

Enviaremos um email confirmando a exclusão em até 5 dias úteis, caso não receba o retorno do nosso setor de cadastro até a data prevista ligue para 0800 9 428 428, lembrando que enquanto não receber nosso email, o cliente estará como ativo em nosso sistema.