

Autorização para cancelamento do Plano de Saúde

Estou ciente que ao solicitar o cancelamento do Plano Odontológico, não poderei pedir nova adesão ao plano no período de 01 (um) ano, decorrido da data do último cancelamento na operadora.

Todas as solicitações de exclusão devem ocorrer até o dia 15 do mês vigente, seguindo prazos do item 5.5 - POD032226 - Pessoas e Cultura - Benefícios - Assistência Odontológica. Após essa data, o cancelamento será efetuado no mês subsequente.

(X) Aceito e autorizo a EMPRESA a realizar o cancelamento por mim solicitado.

Assinatura do Colaborador