

PEDIDO DE EXCLUSÃO ODONTOPREV

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

_____ NOME DO TITULAR		
_____ NOME DA MÃE DO TITULAR		
_____ LOTAÇÃO	_____ MATRICULA SIAPE	_____ CPF
_____ ENDEREÇO (Rua, Av., Pça, Nº, Complemento)		
_____ BAIRRO		_____ CIDADE
_____ UF	_____ CEP	_____ DATA DE NASCIMENTO
_____ TELEFONE RESIDENCIAL		_____ TELEFONE DE CONTATO
_____ E-MAIL		
_____ TELEFONE CELULAR		

USUÁRIO A SER EXCLUÍDO

TITULAR DEPENDENTE

Obs.: Para exclusão por falecimento é necessário anexar a certidão de óbito.

DEPENDENTE(S) PARA EXCLUSÃO

_____ NOME DO DEPENDENTE	
_____ DATA DE NASCIMENTO	_____ GRAU DE PARENTESCO
_____ NOME DO DEPENDENTE	
_____ DATA DE NASCIMENTO	_____ GRAU DE PARENTESCO
_____ NOME DO DEPENDENTE	
_____ DATA DE NASCIMENTO	_____ GRAU DE PARENTESCO
_____ NOME DO DEPENDENTE	
_____ DATA DE NASCIMENTO	_____ GRAU DE PARENTESCO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Venho, através deste pedido, solicitar o cancelamento do(s) usuário(s) acima identificado(s) na ODONTOPREV, ao qual aderi voluntariamente. Declaro ser de minha inteira responsabilidade a utilização indevida, do(s) cartão(ões) referente(s) ao plano odontológico da ODONTOPREV que se encontra(m) sob minha responsabilidade ou que for(em) extraviado(s), após a data do efetivo cancelamento, que se dará de acordo com o cronograma estabelecido e do qual tenho pleno conhecimento. Desde já reconheço como dívida líquida e certa as despesas originadas com base na utilização indevida do(s) cartão(ões), após o cancelamento ora solicitado e autorizo a cobrança das mesmas pela MAPMA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.

Estou ciente que:

- 1) o pedido de exclusão recebido na SIAS/Mapma até o dia 15 será analisado e processado para o 1º dia útil do mês subsequente;
- 2) o vencimento do plano ocorrerá todo 5º dia de cada mês, sob a forma de pós-pagamento.

LOCAL E DATA

ASSINATURA