

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador do CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, no bairro \_\_\_\_\_, na cidade \_\_\_\_\_, no estado \_\_\_\_\_. Venho por meio desta solicitar o cancelamento do plano odontológico junto à operadora São Francisco Odontologia.

Dados Adicionais do Titular

Telefone: \_\_\_\_\_

Solicitado o cancelamento em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tipo de cancelamento: ( ) Cancelamento Total ( ) Cancelamento de Dependentes

Em caso de cancelamento de dependentes, descrever os nomes abaixo:


Declaro ainda que estou ciente das seguintes condições:

1. Eventual ingresso em novo plano de saúde, ainda que nesta mesma Operadora, poderá importar:
  - a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei n. 9.656;
  - b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN n. 186/09, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n. 9.656;
  - c) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
2. A solicitação tem efeito imediato e caráter irrevogável a partir desse momento;
3. as contraprestações pecuniárias (mensalidades) vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas decorrentes da utilização de serviços realizados antes desta solicitação são exclusiva responsabilidade do beneficiário;
4. as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data desta solicitação, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de sua exclusiva responsabilidade;
5. Em caso desta solicitação ser somente de exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar, o contrato não será extinto, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.
6. a exclusão do beneficiário titular em contrato coletivo observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos beneficiários dependentes.  
As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.

Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, a exclusão pleiteada terá efeito imediato.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

---

Assinatura Titular/Responsável Financeiro