

**TERMO DE MOVIMENTAÇÃO  
PLANO ODONTOLÓGICO PREVIDENT**  
(APENAS PARA CANCELAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS)

A/C Departamento Comercial - CDL Florianópolis

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE ASSOCIADO: \_\_\_\_\_

Vimos pelo presente, solicitar a movimentação do Plano Prevident do(s) seguinte(s) Usuário(s):

▪ **NOME DO TITULAR\***: \_\_\_\_\_

▪ **NOME DEPENDENTE(S)**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CANCELAMENTO:**

Demissão – iniciativa da empresa

Demissão – iniciativa do funcionário

Não deseja mais o plano (\*Quando assinalado este motivo, será obrigatório preencher os campos abaixo (telefone, e-mail e motivo do cancelamento))

\*Telefone (Titular): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \*E-mail (Titular): \_\_\_\_\_

\*Motivo do cancelamento do plano: \_\_\_\_\_

**CASO SEJA OUTRO TIPO DE MOVIMENTAÇÃO, ESPECIFICAR ABAIXO:**

\_\_\_\_\_

**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. Havendo dependentes, serão cancelados automaticamente.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do responsável pela Empresa)

Carimbo e CNPJ/MF da empresa

\*\*Para solicitação de SEGUNDA VIA do cartão: Enviar e-mail com nome completo para:  
[beneficios@cdlflorianopolis.org.br](mailto:beneficios@cdlflorianopolis.org.br)

*Espaço reservado - CDL Florianópolis*

\_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_

Data do Recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_