Solicitação de Cancelamento

Central de Atendimento do **Unesp Odonto:** segunda a sexta-feira, horário comercial, fones: (11) 3292-6799 (São Paulo) ou 0800 771 5026 para demais localidades.

Prezados Senhores

Sirvo-me da presente para solicitar o cancelamento da(s) inscrição(ões) no Plano **UNESP ODONTO,** sob minha responsabilidade, abaixo descrito:

Cancelamento: ☐ **Titular** ☐ **Dependente** ☐ **Agregado**

Relação dos usuários a serem cancelados

Código do Grau de Parentesco (CGP): (1) Cônjuge; (2) Companheiro(a); (3) Filho(a); (4) Pai/Mãe; (7) Sogro(a); (8) Neto(a); (9)Irmão(ã); (12) Enteado(a); (19) Genro/Nora; (6) Outros.

CGP | NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO (ASSINALAR X) M F | NOME DA MÃE

CGP | NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO (ASSINALAR X) M F | NOME DA MÃE

CGP | NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO (ASSINALAR X) M F | NOME DA MÃE

CGP | NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO (ASSINALAR X) M F | NOME DA MÃE

CGP | NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO (ASSINALAR X) M F | NOME DA MÃE

CGP | NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO (ASSINALAR X) M F | NOME DA MÃE

Motivo do Cancelamento

Dados do Usuário Titular

NOME DO TITULAR

CPF _____-__ RG

Ao UNESP ODONTO

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente de que o cancelamento recebido pelo **UNESP ODONTO,** após o dia 5 do mês, somente terá efeito no mês subsequente. **Declaro** estar ciente que, como a cobrança da mensalidade é em regime de pré-pagamento, tenho direito a utilização até o final do mês em que ocorre o desligamento. **Declaro** que estou devolvendo as carteiras de identificação.

Nota:
- sem a devolução da(s) carteira(s) esta solicitação de cancelamento não terá validade;
- quando o titular solicitar cancelamento, automaticamente serão cancelados todos os seus dependentes e agregados.

_____, _____/_____/_____.
LOCAL E DATA

_____
ASSINATURA DO TITULAR