



SOLICITAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE COMPRA ON LINE PLANO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Eu, _____
_____ portador(a) da cédula

de identidade RG _____ SSP/___ e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____ SOLICITO A DESISTÊNCIA DE ADESÃO ao plano odontológico Prata Individual NotreDame Intermédica , registro ANS nº 407.955/99-8, cuja inscrição foi efetuada via site eletrônico, na forma como dispõe o caput do art. 8º. e § 1º. da Resolução Normativa ANS 413, de 11 de novembro de 2016, a seguir reproduzidos:

“Art. 8º O contratante poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 7 (sete) dias de duração a partir da data de vigência do contrato.

§ 1º A rescisão sem ônus está condicionada à não utilização do plano por ele ou seus dependentes, e que, em caso de uso, a operadora poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados.”

DECLARO que não houve utilização da cobertura assistencial do plano odontológico, por mim e/ou por meus dependentes. Tenho ciência, e aceito sem restrições, que, na hipótese de comprovada utilização da cobertura assistencial, o Grupo NotreDame Intermédica cobrará integralmente o custeio dos procedimentos utilizados até o limite do valor da multa rescisória prevista contratualmente (20% do somatório das 12 (doze) primeiras mensalidades). Local e data.

Assinatura