



SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS EM PLANO EMPRESARIAL



Informações da Empresa

Código CDL:	Nome da Empresa:
Motivo de exclusão (marcar um "X" no quadro correspondente ao motivo de exclusão)	
() Demissão sem justa causa;	() Óbito_____
() Demissão por justa causa;	() Exclusão de Dependentes
() Aposentadoria;	
() Aposentadoria (mas continua trabalhando na empresa);	() Migração_____
() Outros	() Local de Atendimento: _____

Informações obrigatórias	Data da rescisão do contrato de trabalho:	____/____/____
O ex-empregado contribuía com a mensalidade* do plano de saúde para:		() Titular e dependentes
* co-participação ou franquia não equivale a contribuição.		() Somente para dependentes
		() Não Contribuía
Tempo de contribuição: _____ (meses)		
() Permanência no plano de inativos: Se optou em manter no plano de anexar "Termo de Ciência do direito de Permanência no Plano" assinado.		
() Recusou manter no plano		
Permaneceu na mesma empresa após aposentadoria, contribuindo com o plano? () Sim () Não		

Nome do Titular	→	Código Cartão Unimed	→	
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	RG/Identidade	CPF
→ ____/____/____	→	→	→	→
Nome Completo da Mãe			Nº Cartão Nacional De Saúde - CNS	
→			→	
Endereço				Nº
→				→
Complemento		Bairro	Cidade	UF
→		→		
CEP	Fone Residencial	Fone Celular	E-mail:	
→	()	()		

Relação de dependentes					
DEP. 1	Nome:				
	RG:	Emissor:	UF:	Data expedição:	CPF:
	Cartão nacional de saúde - CNS:		Nº DNV - Decl. de Nascido Vivo:		RIC - Identidade civil:
	Nome da mãe:				
DEP. 2	Nome:				
	RG:	Emissor:	UF:	Data expedição:	CPF:
	Cartão nacional de saúde - CNS:		Nº DNV - Decl. de Nascido Vivo:		RIC - Identidade civil:
	Nome da mãe:				
DEP. 3	Nome:				
	RG:	Emissor:	UF:	Data expedição:	CPF:
	Cartão nacional de saúde - CNS:		Nº DNV - Decl. de Nascido Vivo:		RIC - Identidade civil:
	Nome da mãe:				
DEP. 4	Nome:				
	RG:	Emissor:	UF:	Data expedição:	CPF:
	Cartão nacional de saúde - CNS:		Nº DNV - Decl. de Nascido Vivo:		RIC - Identidade civil:
	Nome da mãe:				

DEVOLUÇÃO DO CARTÃO:	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Em caso de NÃO devolução: declaramos para todos os fins de direito e com base no contrato firmado entre as partes, que, na condição de CONTRATANTE, nos responsabilizamos pelo recolhimento e inutilização dos cartões de identificação dos clientes ora excluídos, bem como pelos custos provenientes de toda e qualquer utilização posterior a data de cancelamento, realizados pelos mesmos, o que será pago a UNIMED UBERLÂNDIA em Custo Operacional.				

Data ____/____/____

Assinatura da Empresa e Carimbo

Carimbo com CNPJ da Empresa.