



**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

Nome da Empresa: _____

Nome do Titular: _____

CPF nº: _____ Código da carteira nº: _____

Dependentes:

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Uso exclusivo da Empresa:

1. Demitido/ Exonerado: ☐ Sim ☐ Não

Outros motivos. Especificar: _____

2. Justa causa: ☐ Sim ☐ Não

3. Aposentado: ☐ Sim ☐ Não Continuava trabalhando: _____

4. Contribuía para o plano: ☐ Sim ☐ Não

Quanto tempo: _____ Qual valor: R\$ _____

☐ Declaro estar ciente da possibilidade de realizar a manutenção do plano no prazo máximo de 30 dias a contar do aviso prévio nos moldes do art. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 279/11 da ANS.

Quando da ausência de assinatura do funcionário no formulário de exclusão, caberá única e exclusivamente à empresa empregadora, informar ao empregado de sua exclusão do plano de saúde, nos termos previstos pelo art. 2º da Consu 19/99 do Ministério da Saúde.

Data: ____/____/____

Assinatura do beneficiário

Carimbo/Assinatura da empresa (obrigatório)