

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO MOTIVADO PELA PJ CONTRATANTE PLANO COLETIVO POR ADESÃO

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	85.283.299/0001-91	354295

2. DADOS DO (A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO
-----------------------------	-------------

3. DADOS DOS TITULARES E/OU DEPENDENTE(S) EXCLUÍDOS

Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo relacionados, vinculados à contratante acima especificada. Ocorrendo a exclusão de beneficiários titulares consequentemente os dependentes serão excluídos.			DATA DE EXCLUSÃO ____/____/____
Motivo	Código beneficiário	Nome	Data do óbito*
*Quando a exclusão for pelo motivo 73 é obrigatório preencher a <u>data do óbito e apresentar a certidão de óbito</u> à operadora e o a exclusão terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento do beneficiário.			
MOTIVOS DE EXCLUSÃO			
70	Desligamento da empresa e/ou associado		
76	Transferência ou mudança de plano na mesma Unimed		
73	Óbito*		
88	Motivado pela PJ contratante (Cancelamento do Contrato)		
VENDEDOR			Nº

4. CIÊNCIA

Estou ciente que:

- O não pagamento dos valores devidos, mensalidades não pagas e/ou coparticipações devidas pela utilização de serviços já realizados, ensejará no encaminhamento do seu nome aos órgãos de proteção ao crédito;

Na qualidade de representante da Pessoa Jurídica Contratante, declaro para os devidos fins de direito que os beneficiários acima relacionados **não fazem jus ao direito de manutenção do plano na condição de ex-empregado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279, devido:**

- () não terem contribuído financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial pré-pagamento;
- () o motivo de rescisão do contrato de trabalho não assegurar o benefício, em razão de: demissão com justa causa; pedido de demissão por iniciativa do empregado; ou adesão ao Programa de Demissão voluntária-PDV;
- () estar inscrito em plano coletivo por adesão;

Declaro ainda, que estas informações foram devidamente repassadas ao beneficiário titular.

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) CONTRATANTE

Razão Social:

CNPJ:

DATA: ____/____/____