

Tipo de Plano:

Ambulatorial

Hospitalar

Odontológico

EXCLUSÃO DO TITULAR

EXCLUSÃO DOS DEPENDENTES

**CADASTRO DE BENEFICIÁRIO PESSOA JURÍDICA**

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Nome do Titular: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Código do Cartão: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE**

Nome do Dependente: \_\_\_\_\_

CPF: (se maior de 18 anos) \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE**

Nome do Dependente: \_\_\_\_\_

CPF: (se maior de 18 anos) \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE**

Nome do Dependente: \_\_\_\_\_

CPF: (se maior de 18 anos) \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE**

Nome do Dependente: \_\_\_\_\_

CPF: (se maior de 18 anos) \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE**

Nome do Dependente: \_\_\_\_\_

CPF: (se maior de 18 anos) \_\_\_\_\_

**Uso exclusivo da empresa**

- 1) Demitido/Exonerado: Sim ( ) Não ( ) ( ) Outro. especificar:.....
- Sem justa causa: Sim ( ) Não ( ) .....
- 2) Aposentado: Sim ( ) Não ( )
- Continuava trabalhando? Sim ( ) Não ( )
- 3) Contribuia para o pagamento do Plano? Sim ( ) Não ( )
- Quanto tempo? ..... Qual era o valor R\$? .....

4) Tenho ciência da responsabilidade de realizar Termo de Permanência no prazo máximo de 30 dias a contar da assinatura deste documento nos moldes do art. 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279 da ANS.

Assinatura do Beneficiário

Carimbo e Assinatura da Empresa (obrigatório)

Data: ...../...../.....

Atenção: Obrigatório o preenchimento de todos os campos sob pena de não recebimento deste formulário e permanência da cobrança na fatura referente a estes beneficiários. **ANS nº 34687-0**