

MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Empresa Contratante

Código

Telefone para Contato

TIPO DE SOLICITAÇÃO EXCLUSÃO POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO EXCLUSÃO POR ÓBITO EXCLUSÃO POR DESLIGAMENTO DA EMPRESA ALTERAÇÃO DO TIPO DE VÍNCULO (ATIVO PARA INATIVO)**Beneficiário Titular**

Nome

CPF nº

Permanece no Plano?

 Sim Não**Beneficiários Dependentes**

Dependente 1

CPF nº:

Permanece no Plano?

 Sim Não

Dependente 2

CPF nº:

Permanece no Plano?

 Sim Não

Dependente 3

CPF nº:

Permanece no Plano?

 Sim Não

Dependente 4

CPF nº:

Permanece no Plano?

 Sim Não

Dependente 5

CPF nº:

Permanece no Plano?

 Sim Não**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO****Motivo da Exclusão do Contrato de Trabalho**Data da Rescisão
Contratual/Óbito

-
- Por Demissão ou Exoneração Sem Justa Causa
-
-
- Por Aposentadoria
-
-
- Outros - Especificar: _____

Após a aposentadoria o Beneficiário
Titular permaneceu na mesma empresa
contribuindo para o seu plano de saúde? Sim NãoBeneficiário Titular contribuía no pagamento do seu próprio plano
(exceto dos dependentes e na coparticipação em procedimentos)

-
- Sim, com _____% (_____)
-
-
- Não

Tempo de contribuição ao plano (Anos e Meses)

_____ ano(s) e _____ mês(es)

IMPORTANTE:

Nos termos dos arts. 11 e 12 da Resolução da ANS nº 279/2011, a **Movimentação de Beneficiário Com Vínculo Empregatício** apenas será aceita, se devidamente preenchida e, em caso de demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, acompanhada dos seguintes documentos: 1. *Termo de ciência do direito de permanência no plano*; 2. *Cópia da rescisão contratual*; 3. *Comprovante de endereço atualizado*; 4. *Cópia dos últimos 03 (três) contracheques*; 5. *Cópia do RG e CPF de todos os beneficiários*. No caso de aposentadoria, também deverá ser anexada a cópia da documentação que comprove este processo.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Contratante