

1. Pessoa Jurídica Contratante:
(Nome EMPRESA)

2. Beneficiário EXCLUÍDO:	Nome:	CPF:
	Rua ou Avenida:	
	Nº ou complemento:	Bairro:
	Cidade / Estado:	CEP:
	Telefones Contato:	Email:

3. Nome Dependentes do Beneficiário excluído:	Nº 1:	CPF:
	Nº 2:	CPF:
	Nº 3:	CPF:
	Nº 4:	CPF:
	Nº 5:	CPF:

4. Declaração da Empresa, ao marcar com "x" as opções:	4.1. O Beneficiário foi excluído por: <input type="checkbox"/> demissão/exoneração sem justa causa ou <input type="checkbox"/> aposentadoria ou <input type="checkbox"/> pedido de demissão ou <input type="checkbox"/> outro motivo, descrever aqui:	4.2. O Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra como aposentado que continuou a trabalhar na Pessoa Jurídica Contratante, marcar com "x": <input type="checkbox"/> Não ou <input type="checkbox"/> Sim.
---	--	---

5. Declaração da Empresa, ao marcar com "x" as opções:	<input type="checkbox"/> Não , o <u>Beneficiário não contribuiu para pagamento de Plano</u> , ou seja, a(s) Empresa(s) sempre pagou(aram) 100% da mensalidade.	<input type="checkbox"/> Sim , o <u>Beneficiário contribuiu para pagamento de Plano</u> , pelo período de _____ (_____) meses, contado também o tempo em Planos sucessores.
--	--	---

6. **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** - Caso a resposta do item 5 anterior for **Sim**, o Beneficiário por este item declara que foi comunicado da opção de manutenção da condição de Beneficiário de que gozava quando da vigência do seu contrato de trabalho e declara ainda que opta por:

pela sua manutenção(*) como Beneficiário **ou**

se recusa(**) a manter esta condição e

por ser verdade, o Beneficiário assina a presente declaração, após marcar com "x" uma das opções acima

em ____/____/_____

_____ Somente assinatura do Beneficiário (sem carimbar)

(*) atenção: a tabela de preço (mensalidade) para sua manutenção consta no contrato que foi apresentado aos Beneficiários no momento da contratação / Havendo dúvidas ligue SAC PRONTOMED (37)3512-3200 .

(**) atenção: a recusa implica em cancelar (fim, não ter mais direito) o Plano.

7. Campo de preenchimento e assinatura obrigatórios da Pessoa Jurídica Contratante (**Empresa**):

Local _____, em ____/____/_____

_____ Assinatura e Carimbo da Empresa (Responsável)

8. Obs. Complementares: