

**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS  
COLETIVO EMPRESARIAL**

<b>1. Dados da Contratada:</b>		
<b>Operadora</b> Vita Assistência à Saúde LTDA	<b>CNPJ</b> 01.648.339/0001-61	<b>Registro ANS</b> 41.490-5
<b>2. Dados da Contratante:</b>		
<b>*Razão Social:</b>		<b>*CNPJ:</b>
<b>3. Dados do beneficiário titular/Titular Falecido:</b>		
<b>*Nome:</b>		<b>*CPF:</b>
<b>*E-mail:</b>		<b>*Telefone:</b>
<b>*O ex-funcionário contribuía com a mensalidade do plano?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<b>*Tempo (em meses) que o titular contribuiu com a mensalidade:</b>		<b>*Data da aposentadoria, demissão, óbito:</b> ____/____/____
<p><b>Elegíveis em permanecer no plano de inativos (RN 488):</b> Desligamento da empresa sem justa causa e Aposentadoria.</p> <p><b><u>Demitido ou exonerado</u></b> sem justa causa – 1/3 (um terço) do período de contribuição junto à empresa, com mínimo garantido de 6 meses e no máximo 24 meses.</p> <p><b><u>Aposentado</u></b> – se o tempo de contribuição junto à empresa for menor que 10 anos, o prazo de permanência será equivalente ao período de contribuição; se maior que 10 anos o tempo será indeterminado.</p>		
<b>4. Exclusão</b>		
<b>*Informe o tipo de cancelamento:</b> <input type="checkbox"/> Titular e dependente <input type="checkbox"/> Apenas Dependente		
<b>OBS: O cancelamento do titular, implica automaticamente no cancelamento de seus dependentes.</b>		
<p><b>*Selecione o motivo da exclusão:</b> <input type="checkbox"/> Desligamento da empresa (Sem justa causa); <input type="checkbox"/> Aposentadoria</p> <p><input type="checkbox"/> Financeiro; <input type="checkbox"/> Migração para outro plano dentro na mesma operadora; <input type="checkbox"/> Mudança de cidade;</p> <p><input type="checkbox"/> Inadimplência com a contratante; <input type="checkbox"/> Desligamento da empresa (Com justa causa);</p> <p><input type="checkbox"/> Migração para outra operadora; <input type="checkbox"/> Perda de vínculo com o titular; <input type="checkbox"/> Óbito (anexar Certidão);</p> <p><input type="checkbox"/> Pedido de demissão; Outros motivos ou observações: _____</p>		
<b>*Deseja optar pelo plano de Inativos?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO POSSUI DIREITO		
<p><b>IMPORTANTE:</b> Se optar pelo plano de inativos, necessário enviar obrigatoriamente o <b>FORM-080.TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE INATIVOS (RN 488)</b>. Se não optar, enviar obrigatoriamente o <b>FORM-081.TERMO DE CIÊNCIA DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE</b>.</p>		
<b>5. Nome dos beneficiários dependentes a serem excluídos:</b>		
<p>Dependente 1.</p> <p>Dependente 2.</p> <p>Dependente 3.</p> <p>Dependente 4.</p> <p>Dependente 5.</p>		

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da empresa