

MOTIVO DA EXCLUSÃO

Demissão ou exoneração sem justa causa Demissão ou exoneração com justa causa Aposentadoria
 outro

Se demitido, informar a data de demissão: ____/____/____

O beneficiário contribuía para o pagamento do plano de saúde? sim não

*Se contribuía, foi o beneficiário informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato? sim não

*Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa? sim não

Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato:

Opção exercida: Continuidade do benefício Não continuidade do benefício Data da Opção ____/____/____

* Se contribuía, qual o tempo de contribuição do beneficiário para o pagamento do plano privado de assistência à saúde? anos meses dias

* Beneficiário contribuinte é aquele que contribuía com parte ou integralmente para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.

Assinatura do beneficiário titular

Assinatura e carimbo da contratante

PARA USO EXCLUSIVO - SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL

Observações:

Data: ____/____/____

Assinatura com Carimbo: _____



ANS-nº 31421-8

FICHA DE MOVIMENTAÇÃO PME - SÃO PAULO

Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia para Pequenas e Micro Empresas



Contrato N.º

Código:

Contratante:

Motivo do Preenchimento e Legendas:

Inclusão: Beneficiário Dependentes Alteração Cadastral Alteração de Plano *Exclusão: Beneficiário Dependentes

Estado Civil: S - Solteiro (a) C - Casado (a) V - Viúvo (a) O - Outros
 Grau de Parentesco (GP): C - Cônjuge F - Filho (a) O - Outros Sexo: F - Feminino M - Masculino

*Obrigatório preenchimento do quadro "Motivo da Exclusão", última página.

01. CATEGORIA DO PLANO

Declaro que entre as opções de categoria e padrões de acomodação (Apartamento ou Quarto Coletivo) de plano oferecidas bem como a opção de Resgate, conforme especificado nas condições gerais do presente contrato as quais me foram apresentadas e tenho conhecimento, assinalando abaixo minha decisão:

SC EMPRESARIAL SÃO PAULO A (476.701/16-2) SC EMPRESARIAL SÃO PAULO A - COPARTICIPATIVO (476.702/16-1) OPÇÃO DE RESGATE
 SC EMPRESARIAL SÃO PAULO E (476.700/16-4) SC EMPRESARIAL SÃO PAULO E - COPARTICIPATIVO (476.699/16-7)

02. BENEFICIÁRIO

Nome _____ Data Nasc. ____/____/____ Sexo ____ Est. Civil ____
 C.P.F. do Beneficiário _____ R.G. do Beneficiário _____ Orgão Exp. _____ PIS PASEP _____ Matrícula _____
 Número CNS - Cartão Nacional do SUS _____
 Nome da Mãe do Beneficiário _____ R.G. _____ Orgão Exp. _____
 Nome do Responsável (caso o beneficiário seja menor de 18 anos) _____ R.G. _____ Orgão Exp. _____
 Endereço Av. / Rua / Al. _____ N.º _____ Complemento _____ Mensalidade R\$ _____
 Bairro _____ Município _____ CEP _____ U.F. _____
 (DDD) Tel. Residencial _____ (DDD) Celular _____ Email _____

03. DEPENDENTES

DEPENDENTE	Nome Dependente	Data Nasc.	C.P.F.	R.G.	Orgão Exp.	Sexo	Est. Civil	G.P.	Valor Mensalidade R\$	Número CNS - Cartão Nacional do SUS	Matrícula
01	_____	____/____/____	_____	_____	_____	____	____	____	_____	_____	_____
02	_____	____/____/____	_____	_____	_____	____	____	____	_____	_____	_____
03	_____	____/____/____	_____	_____	_____	____	____	____	_____	_____	_____
04	_____	____/____/____	_____	_____	_____	____	____	____	_____	_____	_____
05	_____	____/____/____	_____	_____	_____	____	____	____	_____	_____	_____

04. VALORES TOTAIS

Mensalidades R\$	Valor Resgate R\$	Total R\$	Assinatura Resp. pela Empresa e Carimbo	Assinatura Beneficiário ou Responsável / Data
_____	_____	_____	_____	_____

