PEDIDO DE EXCLUSÃO (Pessoa Jurídica)



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DA EMPRESA | DATA | CARIMBO E ASSINATURA  DO RESPONSÁVEL |
| SINASEFE SERGIPE |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOME |  | CÓDIGO DE  EXCLUSÃO |  | CPF |  | DATA DE  NASCIMENTO |  | TELEFONE  PESSOAL |
|  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |

**CODIGO DE EXCLUSÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.**SEM JUSTA CAUSA  **COM** CONTRIBUIÇÃO | **6.**EXCLUSÃO DE DEPENDENTE |
| **2.**SEM JUSTA CAUSA  **SEM** CONTRIBUIÇÃO | **7.**POR SOLICITAÇÃO DO TITULAR / RESCISÃO PELO EMPREGO |
| **3.**POR JUSTA CAUSA | **8.** POR SOLICITAÇÃO DO TITULAR / SAIU DO PLANO |
| **4.**POR APOSENTADORIA  **COM** CONTRIBUIÇÃO | **9.**TROCA DE PLANO NA MESMA EMPRESA - TRANSFERÊNCIA |
| **5.**POR APOSENTADORIA  **SEM** CONTRIBUIÇÃO | **10.** ÓBITO |

**Observações:**

1- O CPF dos dependentes deverá ser informado neste formulário

2- Quando preenchido neste formulário do código de exclusão **1 e 4**, deverá está em anexo o **Termo de Informação para a Concessão do Benefício – RN 279/11**, quanto aos itens **2,3,5** será obrigatório a apresentação da **Declaração de Ciência sobre não continuidade do plano para demitidos e aposentados.**

ANOTAÇÕES A CARGO DA UNIMED

DATA A CARGO DA UNIMED PROCESSADO EM RUBRICA FUNCIONÁRIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| / / | CANCELADO  / / | / / |  |



Código: FM-NEG-018 Revisão: 4 Data de Aprovação: 07/07/2021