

Ref: “FORMULARIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIARIO NO PLANO DE SAÚDE”

NOME DA EMPRESA: _____, vem por meio desta, **AUTORIZAR** o seguinte procedimento abaixo:.

() – Excluir TITULAR e DEPENDENTES

() – Excluir somente TITULAR

() – Excluir somente DEPENDENTES

Nome completo do Beneficiário TITULAR :					
Data de nascimento / /	Sexo (M / F)	Número C.P.F.	P. I. S.	Nome completo da mãe do beneficiário Titular	
Endereço Completo (Rua, Bairro, Cidade, UF):					Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Nome completo do Beneficiário DEPENDENTE I :				Nome completo da mãe do beneficiário Dependente	
Data de nascimento / /	Sexo (M / F)	Número C.P.F.	Número R.G.	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nº da Declaração de Nascido Vivo ¹

Nome completo do Beneficiário DEPENDENTE II :				Nome completo da mãe do beneficiário Dependente	
Data de nascimento / /	Sexo (M / F)	Número C.P.F.	Número R.G.	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nº da Declaração de Nascido Vivo ¹

Nome completo do Beneficiário DEPENDENTE III :				Nome completo da mãe do beneficiário Dependente	
Data de nascimento / /	Sexo (M / F)	Número C.P.F.	Número R.G.	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nº da Declaração de Nascido Vivo ¹

Nome completo do Beneficiário DEPENDENTE IV :				Nome completo da mãe do beneficiário Dependente	
Data de nascimento / /	Sexo (M / F)	Número C.P.F.	Número R.G.	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nº da Declaração de Nascido Vivo ¹

1 - Nº da Declaração de Nascido Vivo. só deve ser preenchido para beneficiários nascidos a partir de 1º de Janeiro de 2010 (essa informação consta na Certidão de Nascimento).

() Atendimento Local () Com extensão para: _____.

Declaramos ainda que o TITULAR acima especificado irá exercer a função/cargo* de _____ nesta empresa.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo da ACIC

Assinatura e carimbo da Empresa

Assinatura do Beneficiário Titular

Protocolo Recebimento UNIMED
 Recebido em: ___ / ___ / ___.

Unimed de Capivari