

## ***Termo de Continuidade do Plano de Saúde***

### **Dados de Identificação**

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Beneficiário: \_\_\_\_\_

Data de Inclusão no Plano: \_\_\_\_\_

Data Programada para Cancelamento no Plano de Saúde: \_\_\_\_\_

Nº Cartão do Plano de Saúde: \_\_\_\_\_

Modalidade do Plano: \_\_\_\_\_

### 1 – Motivo da Exclusão do Plano:

- Demissão sem justa causa com contribuição
- Rescisão por Aposentadoria com contribuição
- Estagiário ou Menor Aprendiz

2 – De acordo com as informações acima afirmadas, o ex-empregado **optou** pelo benefício da continuidade do plano de saúde?

SIM     NÃO

Com isso, comunicamos o **cancelamento** do plano de saúde do (a) ex-funcionário (a) e de seus dependentes, se houver.

Ciente destas condições, o ex-empregado terá prazo máximo de **30 (trinta) dias** a contar da data da comunicação do **aviso prévio**, para entrar em contato diretamente com a operadora.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ex-funcionário

\_\_\_\_\_  
Empresa