



Prefeitura Municipal de Taubaté
Estado de São Paulo

Aos ____/____/_____.

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de ciência da Operadora de Plano de Saúde **Unimed** que eu,
_____,
matrícula funcional _____, CPF: _____, telefone:
_____, endereço de e-mail:
_____, estou me desligando
desta Prefeitura Municipal de Taubaté por motivo de **EXONERAÇÃO (DEMISSÃO) A PEDIDO** à contar de ____ / ____ / ____ e, assim sendo, estou ciente de que o processamento dos valores relativos ao convênio médico (Plano de Assistência à Saúde) por mim contratado, ocorrerão normalmente no presente mês, porém, é de minha inteira responsabilidade contatar a citada Operadora o mais brevemente possível para a regularização de minha situação junto à mesma. Afirmo que tenho ciência que de que devo manifestar, em caso de direito à continuidade da condição de beneficiário da Operadora de Plano de Saúde, conforme determina a Resolução Normativa – RN nº 279, de 24 de Novembro de 2011, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, dentro de 30 dias do meu desligamento.

Declaro também estar ciente de que os valores subsidiados pelo município deixarão de ser processados à contar do primeiro mês subsequente ao de meu desligamento.

Sem mais.

Assinatura
Ou Assinatura digital