



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. Afirmando que tenho ciência 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