

À Unimed Ferj,

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF

sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na

\_\_\_\_\_, declaro, para fins de

comprovação junto à Unimed Ferj, sob as penas da lei, que por livre espontânea vontade solicitei meu

desligamento da empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ \_\_\_\_\_,

tendo plena ciência que não poderei mais usufruir do plano de assistência médica coletivo empresarial do

qual era beneficiário durante a vigência do meu contrato de trabalho, não possuindo, portanto, direito ao

benefício trazido pelo art. 30 da Lei 9656/98.

Rio de Janeiro \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Ex-funcionário

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura da Contratant

