

**TERMO PARA EMPREGADO QUE SOLICITA O DESLIGAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, declaro, para fins de comprovação junto à Unimed-Rio, 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 Contratante