

Formulário de Opção de Benefícios

Nome: LUCAS DE GOES SANTOS Cargo: ANL PROD EMP JR

1 - Plano de Saúde

Dados para opção de Operadora de Saúde e de Tipo de Plano ?Titular e Dependente(s).

Escolha a operadora de saúde:

Fundação Saúde Itaú | Central Nacional Unimed

Escolha o tipo de plano de sua opção:

Básico Especial I (Padrão sugerido para seu nível de cargo*) Executivo I Executivo II Premium

*Obs: Caso faça a opção por plano superior ao sugerido para seu nível de cargo, haverá a cobrança da mensalidade e da taxa de upgrade. Consulte as regras no documento Informativo Médico e Odonto.

NÃO desejo minha inscrição na Assistência Médica.

2 - Plano Odontológico

Dados para opção de Plano Odontológico e de Tipo de Plano ?Titular e Dependente(s).

Escolha a operadora de saúde:

Notre Dame | Odontoempresas | Odontoprev | Uniodonto (1)

Escolha o tipo de plano de sua opção:

Topázio | Rubi | Safira | Safira 1 (2) | Safira 2 (2) | Diamante (3)

(1) ? Região de Abrangência Uniodonto: Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, estados de RS, SC e PR, interior de SP e baixada santista.

(2) ? Somente para Odontoprev

(3) ? Exceto Uniodonto

NÃO desejo minha inscrição na Assistência Odontológica.

Dependentes para inclusão Plano Saúde e Odontológico (conforme elegibilidade e documentos comprobatórios descritos no documento Informativo Médico e Odonto)

| DEPENDENTE 01 - Nome Completo (sem abreviações) | | | | Plano de Saúde | Plano Odonto |
|---|--------------|---------|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Grau de parentesco | Estado Civil | CPF (*) | Nº. Nascido Vivo (*) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> SIM |
| | | | | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> NÃO |

| DEPENDENTE 02 - Nome Completo (sem abreviações) | | | | Plano de Saúde | Plano Odonto |
|---|--------------|---------|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Grau de parentesco | Estado Civil | CPF (*) | Nº. Nascido Vivo (*) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> SIM |
| | | | | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> NÃO |

| DEPENDENTE 03 - Nome Completo (sem abreviações) | | | | Plano de Saúde | Plano Odonto |
|---|--------------|---------|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Grau de parentesco | Estado Civil | CPF (*) | Nº. Nascido Vivo (*) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> SIM |
| | | | | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> NÃO |

| DEPENDENTE 04 - Nome Completo (sem abreviações) | | | | Plano de Saúde | Plano Odonto |
|---|--------------|-----|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Grau de parentesco | Estado Civil | CPF | Nº. Nascido Vivo (*) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> SIM |
| | | | | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> NÃO |

(*) O CPF é obrigatório independentemente da idade. O número de nascido vivo (NV) é obrigatório para nascidos a partir de 2010. Esse número consta na Certidão de Nascimento.

Ao solicitar a adesão e a dos meus dependentes acima relacionados na Assistência Médica e ou Assistência Odontológica do Plano Coletivo Empresarial, estou ciente e de acordo com as seguintes regras e condições:

1. Devo providenciar cópias dos documentos dos dependentes relacionados item 5 do documento Orientações Assistência Médica ?Efetivos.
2. O valor da mensalidade é debitado na folha de pagamento ou conta corrente, no dia 27 ou dia útil anterior, na modalidade de pré-pagamento, ou seja, o valor descontado refere-se ao mês subsequente.

3. Se seu demonstrativo de pagamento ficar com saldo negativo, em que os descontos são maiores que os proventos, será feita a transferência do líquido negativo como desconto para a folha seguinte. Se o líquido negativo perdurar por três meses consecutivos, no terceiro mês o valor acumulado será debitado diretamente na sua conta corrente. No mês da admissão haverá desconto de dupla taxa, que se refere ao mês da admissão e ao mês subsequente.
4. Ao optar por um padrão diferenciado da Assistência Médica, ou seja, superior ao da elegibilidade do nível de cargo, assumirei integralmente a diferença de taxa entre os padrões.
5. Assumirei o custo relativo à coparticipação da Assistência Médica, referente à minha utilização e de meus dependentes durante a minha vinculação ao plano, bem como o eventual custo do padrão diferenciado.
6. Posso aderir a Assistência Médica a qualquer momento desde que meu contrato de trabalho esteja ativo, assim como a inclusão de meus dependentes, e que esta adesão após os 30 dias da data de minha admissão, e/ou após 30 dias do casamento ou união e/ou do nascimento do filho ou da data da Tutela ou da Curatela no plano acarretará no cumprimento dos prazos de carência previstos por lei, que estão especificados no item 9 do documento Orientações Assistência Médica - Efetivos.
7. Posso aderir a Assistência Odontológica a qualquer momento desde que meu contrato de trabalho esteja ativo, assim como a inclusão de meus dependentes, sem carência.
8. Que os dependentes serão excluídos do plano de saúde quando perderem a condição de elegibilidade que lhe propiciou a inscrição.
9. Em caso de rescisão do meu contrato de trabalho, a continuidade no plano de saúde obedecerá ao disposto na legislação aplicável e na Convenção Coletiva de Trabalho. Finda minha vinculação ao plano, as coberturas cessarão automaticamente e não terei direito à restituição de qualquer valor, quer por parte da empresa, quer por parte das prestadoras de serviços. Nesse caso comprometo-me à devolver todas as carteirinhas de usuário e arcar com os prejuízos decorrentes de eventual utilização irregular do plano.
10. Em caso de morte do beneficiário titular, o seu grupo familiar inscrito poderá optar pela continuidade do plano desde que assuma o custo integral (parte colaborador + parte empresa) pelo prazo definido no artigo 30 da lei 9.656 / 98 (máximo de 24 meses).
11. As mensalidades do plano de saúde serão reajustadas anualmente no mês de março.

Declaro ter recebido em papel ou através de meios eletrônicos, as informações dos benefícios acima, como coberturas e custeio.

De acordo com a(s) minha(s) opção(ões) acima assinalada(s), autorizo débito(s) em folha de pagamento e/ou conta corrente.

3 - Opção de conversão de crédito Auxílio Refeição no Auxílio Alimentação

Este formulário manifesta a opção de trocar o Auxílio Refeição para o Auxílio Cesta-Alimentação, ou seja, se escolher esta opção, o crédito mensal do Auxílio Refeição será realizado integralmente no cartão Auxílio Cesta-Alimentação. Se manifestar o desejo de troca, o período mínimo para converter ou reverter à opção são de 180 dias (contados a partir do seu cadastramento). Decorrido o período mínimo, se não houver manifestação escrita ou eletrônica (Portal Corporativo), a opção continuará prevalecendo para todos os efeitos. Se não for manifestado o interesse de troca, o crédito será realizado normalmente no cartão Auxílio Refeição.

| Efetuar a troca | Não efetuar a troca

Cotia São Paulo 03/12/20
Local e Data

Lucas Goes Santos
LUCAS DE GOES SANTOS