

TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

Contrato de trabalho suspenso

Nome do Associado:

Matrícula:

Lotação:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

E-mail:

Declaro que tenho interesse em permanecer como titular do Plano de Assistência Médica dos Empregados da Embrapa (Casembrapa), com meus dependentes relacionados abaixo.

Conforme disposto no Regulamento Casembrapa, CAPÍTULO II – Da inscrição e identificação dos associados titulares e dependentes, Art. 5º Parágrafo Primeiro, alínea “a”, declaro estar ciente que a permanência da condição de beneficiário titular é garantida enquanto durar a suspensão contratual, e que após o término da mesma, comunicarei de imediato a esta Caixa de Assistência para retorno da condição de Empregado ativo.

Declaro, ainda, estar ciente que devo recolher mensalmente: a) contribuição correspondente ao percentual (5,19%) do salário equivalente à última referência salarial ocupada, observadas as transposições decorrentes de alterações/atualizações de Plano de Carreiras; b) contribuição patronal (per capita), conforme Regulamento Casembrapa, CAPÍTULO XV – Das contribuições e das formas de pagamento, Art. 45, Parágrafo Segundo e c); percentual relativo à minha participação nas despesas médicas realizadas por mim ou por meus dependentes.

Nº	Dependentes	Nascimento	CPF	Nome da Mãe	Parentesco
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Anexar: cópia da Carta de Concessão de suspensão contratual

Local

Data

Assinatura do Requerente

A SER PREENCHIDO PELO SGP/EMBRAPA

Data de Admissão na Embrapa: ____/____/____

Data de Rescisão de Contrato: ____/____/____

_____/____/____

Local

Data

Carimbo Assinatura do SGP

Assinatura Casembrapa