

TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

Plano de Assistência Médica | Demitido sem justa causa

Nome	e do Associado: [
Matrí	cula:	Eı	ndereço:									
Complemento:			Cidade:			UF:						
CEP:			Telefones:	()		()				
E-mail pessoal:												
Declaro para os devidos fins de cumprimento do Art. 30 da Lei 9.656 de 03.06.98, regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio do Art. 3, paragráfo 7, da Resolução nº 20 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que tenho interesse em permanecer como titular do Plano de Assistência Médica dos Empregados da Embrapa (PAM), com meus dependentes abaixo relacionados. Conforme disposto no Art. 30 da Lei 9.656, declaro estar ciente de que a permanência na condição de beneficiário titular é de um terço do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses, e que esta condição de permanência deixa de existir quando da minha admissão em novo emprego que possibilite meu ingresso em outro plano de saúde, situação que comunicarei por escrito imediatamente.												
Declaro, ainda, estar ciente que devo recolher mensalmente: a) Contribuição mensal do associado ativo: por grupo familiar; b) contribuição patronal, conforme parágrafo 1°, do Art. 65 da retromencionada Resolução; e c) percentual relativo à minha participação nas despesas médicas realizadas por mim ou por meus dependentes. DEPENDENTES												
Νo	NOME COMPLETO							NÚMERO DA CARTEIRA				
1.												
2.												
3.												
4.												
Anexar: cópia da rescisão contratual com a Embrapa.												
	Local		Data			As	ssinatur	a do Reque	erente			
RESERVADO À CASEMBRAPA Local Data Assinatura da CASEMBRAPA												
CNPJ: 08.097.092/0001-81 Razão Social: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA Nº de Registro ou Código do Plano: 456.933/08-4 Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa Data de Registro: 28/03/2008 Contratação: Coletivo Empresarial Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia Abrangência Geográfica: Nacional												