

TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

Plano de Assistência Médica | Demitido sem justa causa

Nome do Associado: Matrícula:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

CEP: Telefones: () ()

E-mail:

Declaro para fins de cumprimento do Art. 30 da Lei 9.656, de 03/06/1998, regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio do Parágrafo 7º do Art. 3, 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 relacionados abaixo.

Conforme disposto no Art. 30 da Lei 9.656, declaro estar ciente que a permanência da condição de beneficiário titular é de um terço do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de 06 meses e o máximo de 24 meses, e que esta condição de permanência deixa de existir quando da minha admissão em novo emprego que comunicarei por escrito imediatamente.

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, conforme parágrafo 6º, do Art. 3º da retromencionada Resolução e **C)** percentual relativo à minha participação nas despesas médicas realizadas por mim ou por meus dependentes.

Nº	Dependentes	Nascimento	Parentesco
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

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