

TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

Plano de Assistência Médica | Aposentado

Nome do Associado:

Matrícula: Endereço:

Complemento: Cidade: UF:

CEP: Telefones: () ()

E-mail Pessoal:

Declaro, para os devidos fins de cumprimento do Art. 31 da Lei 9.656 de 03.06.98, regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio do Art. 3, da Resolução nº 21 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. 31 da Lei 9.656, declaro estar ciente de que a permanência na condição de beneficiário titular é de um ano para cada ano de contribuição ao plano para aqueles com menos de 10 anos de contribuição, ou por **PRAZO INDETERMINADO** para aqueles que contribuíram ao plano por mais de 10 anos.

Declaro que, como associado(a) titular aposentado(a), só poderei retornar ao Plano de Assistência Médica uma única vez, desde que solicite a reinscrição no período de até 12 (doze) meses da data da sua exclusão.

Declaro, ainda, estar ciente que devo recolher mensalmente: **a)** Contribuição mensal do associado ativo: por grupo familiar; **b)** contribuição patronal, conforme o Art. 66 da retromencionada Resolução; e **c)** percentual relativo à minha participação nas despesas médicas realizadas por mim ou por meus dependentes.

DEPENDENTES

1.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
2.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
3.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
4.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:

Anexar: cópia da Carta de Concessão de Aposentadoria emitida pelo INSS, termo de rescisão com a Embrapa.

AUTORIZO:

O desconto, quando for o caso, em folha Ceres ou pagamento em boleto dos valores referentes à contribuição mensal, coparticipação e demais débitos de minha responsabilidade, inclusive de meus dependentes, a favor da CASEMBRAPA ou de operadora de plano de saúde por esta contratada, de acordo com as disposições do Estatuto e do Regulamento do Plano de Assistência Médica da Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – CASEMBRAPA.

☐ Ceres (Matrícula: _____)☐ Boleto Bancário

Local

Data

Assinatura do Requerente**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