



BARUERI, 15 DE MAIO DE 2024.

A

PABLO SANTOS DE LIMA

Ref: Aviso Prévio

Pela presente, levamos ao conhecimento de V. S^a. Que não convindo a esta empresa manter seu contrato de trabalho, iremos rescindi-lo, na forma da legislação pertinente, para o que lhe damos o presente aviso prévio que será:

() indenizado pelo valor correspondente.

(x) cumprido por V.S^a, sem prejuízo de salários.

Declaro estar ciente do exposto acima e que, exercendo meu direito de opção, cumprirei o aviso prévio com o afastamento do serviço:

() por 2 (duas) horas diárias.

() por 7 (sete) dias.

Agradecemos a cooperação prestada por você e pedimos a devolução do presente aviso com o seu "ciente".

ACT CONSULTORIA EM TECNOLOGIA LTDA

PABLO SANTOS DE LIMA

CPF nº 073.212.633-98

RG nº 583744230



TERMO DE OPÇÃO PARA CONTINUIDADE NO PLANO DE SAÚDE – APÓLICE COLETIVA

Eu _____, portador da Carteira de Trabalho e Previdência Social nº _____, Série _____, empregado da ACT Consultoria em Tecnologia Ltda. - Act entre ____/____/____ a ____/____/____, tendo, neste período, contribuído para custear o Plano de Saúde fornecido pela Act, neste ato **DECLARO** que **fui devidamente COMUNICADO(A)**, no ato do meu desligamento, ocorrido nesta data, **do direito de permanecer na condição de beneficiário da citada Apólice, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava durante a vigência do contrato de trabalho.**

Assim, de acordo com o disposto no artigo 10 da Norma Regulamentadora da Agência Nacional de Saúde – ANS, manifesto minha opção por:

() **EXERCER o direito garantido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação vigente nesta data, mantendo a condição de beneficiário minha e dos dependentes a vinculados nesta data.**

() **NÃO EXERCER o direito garantido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação vigente nesta data, deixando de participar do plano de saúde coletivo empresarial decorrente de vínculo empregatício a partir desta data.**

Assinando a opção pelo exercício do direito de permanecer no Plano de Saúde, declaro estar ciente de que:

1. O período máximo de permanência no plano na condição de ex-empregado será de:
 - a) Em caso de desligamento decorrente de **DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA**: 1/3 (um terço) do tempo de contribuição para o plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
 - b) Em caso de desligamento por **APOSENTADORIA**:
 - b.1) se a contribuição foi por prazo igual ou superior a 10 (dez) anos: permanência por tempo indeterminado ou enquanto vigente o contrato firmado entre a contratante (ex-empregador) e o Círculo;
 - b.2) Se a contribuição foi por período inferior a 10 (dez) anos: 1 (um) ano para cada ano de contribuição.
 2. O direito de permanecer no plano de saúde está assegurado a todos os meus dependentes participantes do plano nesta data.
-



3. Durante o gozo do benefício, somente poderão ser incluídos na condição de dependente novo cônjuge e filhos, e os direitos destes corresponderão àqueles a mim assegurados durante o período do benefício.
4. Em caso de meu falecimento durante o gozo do benefício, será assegurado aos meus dependentes participantes do plano na data do óbito, a continuidade da cobertura, desde que respeitadas na íntegra as condições estabelecidas, tais como pagamento, preço e período do benefício restante.
5. Assumirei a responsabilidade pelo pagamento direto à Operadora de Saúde, através de boletos, da importância mensal obtida pela soma dos valores das mensalidades, de acordo com a quantidade de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano e a mim vinculados.
6. Perderei o direito de participar de plano de saúde na qualidade de ex-empregado em razão: **(i)** do término do período do benefício, **(ii)** de admissão em novo emprego; ou **(iii)** do cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados e ex-empregados.

Barueri, _____ de _____ de _____.

<Assinatura do Beneficiário Titular>
