

## TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

### Contrato de trabalho suspenso

Nome do Associado:  Matrícula:

Lotação:  Endereço:

Bairro:  Cidade:  UF:

CEP:  Telefone:

E-mail:

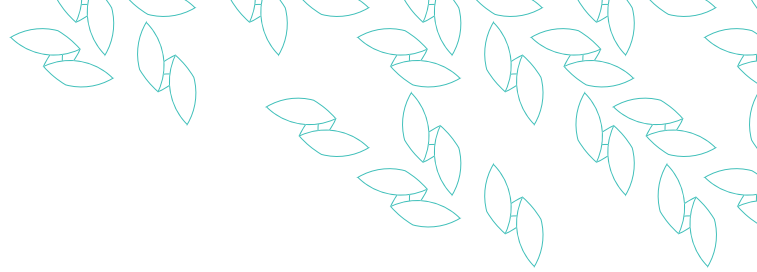
Declaro que tenho interesse em permanecer como titular do Plano de Assistência Médica dos Empregados da Embrapa (Casembrapa), com meus dependentes relacionados abaixo.

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 (3%) 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	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 Admissão no PAM/Embrapa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Suspensão Contratual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo de Contribuição ( \_\_\_\_ anos, \_\_\_\_ meses)

Tempo direto de Permanência no Plano: \_\_\_\_\_

*Atesto que o requerente atende aos dispositivos do Regulamento do PAM/Embrapa e da legislação vigente.*

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Local

Data

---

Carimbo Assinatura do SGP**CNPJ:** 08097092000181**Razão Social:** CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 56933084

Contratação: Coletivo Empresarial

Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Data de Registro: 28/03/2008

Abrangência Geográfica: Nacional