

TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

Plano de Assistência Médica | Aposentado

Nome do Associado: Matrícula:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

CEP: Telefones: () ()

E-mail:

Declaro para 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 9656, 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. E que esta condição de permanência deixa de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

Declaro ainda, estar ciente que o beneficiário titular deve recolher mensalmente a contribuição correspondente a 5,19% (cinco vírgula dezenove por cento) do salário equivalente a minha última referência observadas as transposições decorrentes de alterações/atualizações de plano de carreiras, acrescido da contribuição patronal, conforme parágrafo 6º, do Art. 3º da mencionada Resolução 21 e ainda do percentual relativo a minha participação nas despesas médicas realizadas por mim e meus dependentes.

Nº	Dependentes	CPF	Nascimento	Parentesco
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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