

**TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO DE SAÚDE
DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA - RESCISÃO A PEDIDO PDVI 2023**

Eu, _____ CPF _____ nº _____
_____, matrícula nº _____, residente e domiciliado no
endereço _____ nº. _____,
bairro _____, cidade _____ Cep. _____
_____, beneficiário do(s) plano(s) de saúde ofertado(s) pela COPASS SAÚDE e
conveniado(s) por minha empregadora COPASA - MG, declaro, de livre e espontânea vontade:

TER INTERESSE na manutenção da minha condição de beneficiário no(s) plano(s) de saúde assinalado
(s) abaixo, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício com a empregadora:

PLANO DE SAÚDE MÉDICO

- Copass Completo Assistidos** - registro ANS nº 472.778/14-9 (cobertura completa)
 Copass Ambulatorial – registro ANS nº 469.384/13-1 (marcar somente se o
titular possui o plano exclusivamente ambulatorial)

PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO

- Copass Odonto Básico** – registro ANS nº 470.054/13-6
 Copass Odontológico Pleno - registro ANS nº 472.776/14-2

Declaro também que é de meu interesse exercer o direito de manutenção acompanhado dos seguintes
beneficiários dependentes e dependentes especiais já inscritos quando da vigência de meu contrato de trabalho.

Descreva o nome dos dependentes que serão mantidos e assinale um X no plano:

Nome completo do dependente	Copass Completo Assistidos	Copass Ambulatorial	Copass Completo Dependente e Familiar	Copass Odonto Básico	Copass Odonto Pleno



OPÇÃO DE RENÚNCIA: DECLARO EXPRESSAMENTE NÃO TER INTERESSE na manutenção da minha condição de beneficiário, após a perda de meu vínculo empregatício com a empregadora, no(s) seguinte(s) plano(s) de saúde. **Descreva na linha abaixo o nome do(s)plano(s) que não deseja manter:**

Selecione sua opção para desconto das contribuições:

- Autorizo a LIBERTAS descontar mensalmente na minha folha de pagamento de Suplementação, as contribuições para os planos, a que estiver sujeito, a favor da **Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - Copass Saúde**, incluindo contribuições de meus dependentes diretos ou indiretos, em observância ao disposto nos Regulamentos específicos.
- Solicito que as contribuições para os planos, a que estiver sujeito, incluindo contribuições de meus dependentes diretos ou indiretos, em observância ao disposto nos Regulamentos específicos, me sejam cobrados exclusivamente via Boleto Bancário.

Declaro, ainda, estar ciente de que, para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, assumirei integralmente as responsabilidades financeiras definidas no Regulamento do(s) plano(s) de saúde em que serei mantido e na legislação que seja aplicável, estando ciente, inclusive, das regras de inadimplência, suspensão e cancelamento deste benefício.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário: _____

Email 1: _____

Email 2: _____

Telefones de contato:

Celular/Whatsapp: () _____

Fixo: () _____