



TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM  
PLANO DE SAÚDE - DEMITIDO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 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, em decorrência de minha demissão sem justa causa, nos seguintes planos em que estive vinculado:

**PLANO DE SAÚDE MÉDICO**

- Copass Completo Assistidos – registro ANS nº 472.778/14-9  
 Copass Ambulatorial – registro ANS nº 469.384/13-1  
 Copass Completo Dependentes Especiais – registro ANS nº 472.777/14-1

**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 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 o nome do(s) plano(s):** \_\_\_\_\_

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:**

**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.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário: \_\_\_\_\_

Matrícula nº: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE**

Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG  
Fones: (31) 3298-5800 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

**ANS Nº 41.656-8**