



TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM
PLANO DE SAÚDE – DEPENDENTE DE FALECIDO/PENSIONISTA

Eu, _____ CPF nº _____
residente e domiciliado na _____

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	
<input type="checkbox"/>	Copass Completo Assistidos - registro ANS nº 472.778/14-9
<input type="checkbox"/>	Copass Ambulatorial - registro ANS nº 469.384/13-1
<input type="checkbox"/>	Copass Completo Dependente Familiar - registro ANS nº 490.715/21-9

PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO	
<input type="checkbox"/>	Copass Odonto Básico - registro ANS nº 470.054/13-6
<input type="checkbox"/>	Copass Odontológico Essencial - registro ANS nº 504.750/25-1
<input type="checkbox"/>	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.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário: _____

Matrícula nº: _____ Email: _____

Telefones de contato: _____

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