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

Eu, _____, CPF nº_____, residente e domiciliada _____ _____, na qualidade de responsável financeira pela Sra. _____, CPF nº _____, residente e domiciliada _____ _____, beneficiária dependente do(s) plano(s) ofertados pela COPASS SAÚDE, em virtude do falecimento da beneficiária titular _____, CPF nº_____ e da condição de invalidez da beneficiária dependente, declaro, de livre e espontânea vontade o interesse na manutenção da referida beneficiária no(s) plano(s) de saúde assinalado (s) abaixo:

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 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 será mantido a beneficiária e na legislação que seja aplicável, estando ciente, inclusive, das regras de inadimplência, suspensão e cancelamento deste benefício, bem como das regras relacionadas à necessidade de atualização cadastral da beneficiária. Declaro, ainda, que, tão logo seja deferida a curatela, irei promover a regularização do cadastro junto à COPASS SAÚDE, mediante a apresentação da documentação comprobatória, passando à condição de responsável legal pela beneficiária.

****As contribuições mensais e as coparticipações serão pagas por meio de boleto bancário com vencimento no dia doze de cada mês.**

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável financeiro:_____
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 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8