RECIBO DE CIÊNCIA DO TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO DE SAÚDE

NOME DO EMPREGADO:	**MATRÍCULA:**

Declaro estar ciente de que **DEVEREI COMPARECER A COPASS SAÚDE PARA MANIFESTAR MINHA OPÇÃO NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS A CONTAR DA ASSINATURA DO PRESENTE RECIBO** para manifestar através do "**TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO DE SAÚDE" da Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA/MG**, opção de permanência ou renúncia no(s) plano(s) de saúde, observando as disposições dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, bem como as disposições estabelecidas no(s) respectivo(s) Regulamento(s). Tenho ciência que os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 me conferem o direito de manutenção em plano de saúde da Copass Saúde.

Estou ciente, ainda, que após os 30 (trinta) dias do desligamento, os planos continuarão ativos, aguardando minha decisão sobre a continuidade e que caso não queira permanecer, devo solicitar a exclusão imediata.

LOCAL	**DATA:**	**ASSINATURA:**

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