# TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO DE SAÚDE – LICENCIADO SEM VENCIMENTOS

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 minha licença sem vencimentos com a empregadora, conforme previsto nos regulamentos dos planos.

**PLANO DE SAÚDE MÉDICO**

☐ **Copass Completo Assistidos** – registro ANS nº 472.778/14-9

☐ **Copass Ambulatorial** – registro ANS nº 469.384/13-1

**PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO**

☐ **Copass Odonto Básico** – registro ANS nº 470.054/13-6

☐ **Copass Odontológico Pleno** - registro ANS nº 472.776/14-2

☐ **Copass Odonto Essencial -** registro ANS Nº 504.750/25-1

☐ **DECLARO EXPRESSAMENTE NÃO TER INTERESSE** na manutenção da minha condição de beneficiário, após a minha licença sem vencimentos 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 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8