

## Termo de Permanência Plano Electra

( ) Opto por não permanecer no Plano; ou

( ) Considerando o desligamento do Titular do plano identificado abaixo, o qual contribui com o custeio do plano pelo prazo informado abaixo, declaro que opto pela manutenção do(s) plano(s) de saúde:

Titular: \_\_\_\_\_  
(nome completo) (matrícula)

Tempo de Contribuição:

Solicitante:

CPF:

Condição (titular/dependente):

Dependentes que irão permanecer:

---

---

---

---

---

---

---

---

Plano desejado:

( ) Plano Electra Empresarial; ( ) Plames Electra; ( ) Plames Electra Plus;

Estou ciente de que a manutenção do benefício no plano de saúde se dará pelo período de \_\_\_\_\_ meses e \_\_\_\_\_ dias, observada a legislação vigente.

Declaro estar ciente de que, para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, assumirei as responsabilidades financeiras definidas no contrato/regulamento do Plano em que serei mantido, inclusive, no que se refere aos meus dependentes, se houver.

Declaro ainda ter ciência da legislação aplicável, principalmente em relação aos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/98 e das disposições da Resolução Normativa — RN nº. 488, de 29 de março de 2022, editada pela ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como do regulamento do plano escolhido, inclusive, das regras de inadimplência, de suspensão, de cancelamento e do prazo de manutenção deste benefício.

Conforme previsto na norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

Características do(s) plano(s)

Nome do plano: Plano de Assistência à Saúde Electra Empresarial Pós

Forma de custeio: Pós-Pagamento com rateio

Nome do plano: PLAMES ELECTRA

Forma de custeio: Pré-Pagamento

---

Local, data

---

Assinatura

CPF:

Celular: ( )

Endereço Residencial: