

TERMO DE CIÊNCIA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____ e da Carteira de Identidade nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, telefone (____) _____, inscrito no plano de saúde da PORTO ALEGRE CLÍNICAS sob o nº _____, e código da carteira nº _____, **DECLARO** para os devidos fins que fui COMUNICADO(A), no ato da rescisão do meu contrato de trabalho ocorrida em ____/____/____, do meu direito de permanecer usufruindo da assistência médica da **PORTO ALEGRE CLÍNICAS** no caso de **DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADORIA**, bem como de desligamento de aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência de meu contrato de trabalho, nos termos e limites dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e da Resolução Normativa – RN ANS Nº 279, de 24 de Novembro de 2011 e suas atualizações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Declaro estar ciente de que ao optar pela continuidade do plano:

- 1) Somente terei direito à permanência no contrato se tiver comprovadamente contribuído no pagamento do meu próprio plano, durante o período que manteve o vínculo empregatício;
- 2) Não será considerada contribuição o pagamento de coparticipação, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação na utilização dos serviços assistenciais.
- 3) Tenho até 30 (trinta) dias da assinatura deste Termo para optar pela continuidade no plano na condição de inativo, e uma vez expirado este prazo perderei o direito garantido.
- 4) O período de permanência no plano de inativos será de:
 - Em caso de **DESLIGAMENTO POR DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA** - um terço do tempo de contribuição ao meu plano, ou sucessor, sendo no mínimo seis meses e no máximo vinte e quatro meses;
 - Em caso de **DESLIGAMENTO POR APOSENTADORIA**:
 - com contribuição **pele prazo mínimo de dez anos** - permanência por período **ininterrupto ou enquanto vigente o contrato firmado entre a PORTO ALEGRE CLÍNICAS e a ex-empregadora**;
 - com contribuição **por período inferior a dez anos** - manutenção à **razão de um ano para cada ano de contribuição**;
- 5) O benefício cessará quando houver a minha admissão em novo emprego que possibilite o meu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo ou de autogestão;
- 6) Assumirei a responsabilidade pelo pagamento integral da minha mensalidade e a de meus dependentes junto à PORTO ALEGRE CLÍNICAS, cuja fatura será enviada para o meu endereço;
- 7) Se eu não receber a fatura até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverei solicitá-la diretamente na PORTO ALEGRE CLÍNICAS;

- 8) A impontualidade no pagamento das mensalidades ensejará juros de mora na razão de 1% a.m (um por cento) calculados mensalmente mais multa de 2% (dois por cento) após o vencimento;
- 9) A inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência contratual, poderá provocar a suspensão do atendimento e/ou minha exclusão definitiva e do meu grupo familiar do plano, que será previamente notificada até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da PORTO ALEGRE CLÍNICAS de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as consequências da mora, e a devida inscrição nos cadastros de proteção ao crédito;
- 10) Todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias, das coparticipações, agravos, ou quaisquer outras despesas decorrentes do plano são de minha inteira responsabilidade e constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após a minha exclusão do plano e do meu grupo familiar.

Após ter tomado conhecimento de todos os direitos e deveres inerentes à permanência no plano na condição de inativo, e por ser a livre expressão de minha vontade,

OPTO pela continuidade no plano na condição de inativo, para mim e para os meus dependentes inscritos no plano, conforme abaixo elencado:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

NÃO OPTO pela continuidade no plano na condição de inativo.

IMPORTANTE:

Nos termos dos arts. 11 e 12 da Resolução da ANS nº 279/2011, a **Movimentação de Beneficiário Com Vínculo Empregatício** apenas será aceita, se devidamente preenchida e, em caso de demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, acompanhada dos seguintes documentos: *1.Termo de ciência do direito de permanência no plano; 2.Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho; 3.Comprovante de endereço atualizado; 4.Cópia da carteira de trabalho com a página onde consta dados pessoais e foto do trabalhador(a), admissão e demissão; 5.Cópia do RG e CPF de todos os beneficiários. 6. No caso de aposentadoria, também deverá ser anexada a cópia da documentação que comprove este processo.*

Porto Alegre, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular