

**Termo de Requerimento de Continuidade de Assistência Médico-Hospitalar**

Eu, _____, Portador (a) do R.G. sob nº _____ e C.P.F. sob nº _____._____._____-_____, Residente _____, na cidade de _____/S.P., admitido em ____/____/____ e demitido em ____/____/____, venho através deste, requerer a continuidade de Assistência Médico- Hospitalar com esta Operadora o qual **estive** vinculado (a) através do Tipo de Contratação

Coletivo Empresarial com vínculo empregatício, firmado com a Empresa AMHE MED ASSISTENCIA A SAUDE LTDA, inscrita no C.N.P.J. nº 29.174.910/00001-72, no endereço da Rua Pedro José Senger, 421 Vila Haro, Cep: 18015-000, na cidade de Sorocaba/SP.

Sendo que do período de ____/____/____ a ____/____/____, Contribui com parte do pagamento do produto.

Declaro estar ciente de que essa Continuidade de Assistência Médico-Hospitalar não ocasiona de _____ forma _____ algum _____ vínculo _____ empregatício.

Afirmo estar ciente do prazo de 30 dias a contar da rescisão contratual para sua integração no plano continuidade. Deverá comparecer na sede administrativa da operadora, citado prazo informado com as documentações necessárias sendo:

- Comprovante de endereço
- RG e CPF
- Cartão SUS



- Certidão de nascimento/casamento
- Documentos dos dependentes (RG e CPF ou quando menor de idade certidão de nascimento, CPF e SUS)
- Cópia rescisão contratual
- Últimos 3 (Três) holerite
- Carteira de Trabalho

Declaro estar ciente que caso venha a ser admitido em novo emprego, eu e meus dependentes, teremos o benefício cancelado, conforme o parágrafo 5º do artigo da Lei 9656/98 e Resolução 20 do CONSU publicada em 07/04/1999. Dessa forma, comprometo-me formalizar junto a esta Operadora, declaração comunicando minha admissão em novo emprego, dentro do prazo de 10(dez) dias após a nova admissão.

Declaro estar ciente que em caso de utilização indevida, estarei sujeito às sanções civis e penais previstas em lei, bem como o ressarcimento à Operadora de todas as despesas utilizadas por mim e/ou meus dependentes.

Sorocaba, de de 20_____

Assinatura do Requerente (ex-funcionário)

Representante Legal da Empresa

Carimbo com CNPJ


Ficha de Opção Demitido/Aposentado

Opto Por Permanecer No Plano.

 Sim: ☐

 Não: ☐ .

1 Código e Contrato da Empresa		2 Nome da Empresa		3 ☐ demitido ☐ Aposentado	
4 Inclusão ☐		Alteração Cadastral ☐		Exclusão ☐ Recadastramento a partir de ____/____/____	
5 Data de Admissão na Empresa ____/____/____		6 Data de Demissão na Empresa ____/____/____			
7 Código no Plano		8 Período de Contribuição ____/____/____ a ____/____/____			
9 Nome do Plano		10 Padrão de Acomodação			
11 Nome do Ex-Funcionário					
12 Endereço Completo para correspondência:					
13 Bairro:		14 Cidade:		15 CEP:	
				16 UF	
17 CPF		18 R.G.		19 Telefone	
				20 Celular	
21 Nome dos Beneficiários		22 Data Nascto		24 Est. Civil	
				23 Sexo	
				24 Parentesco	
				25 Vr. Mensalidade	
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
26 Total Geral das Mensalidades:					R\$ (_____)

De acordo com a Lei 9.656 de 05/06/1998 e resoluções, estou ciente que:

- A. A Permanência no plano será de: FUNCIONÁRIO DEMITIDO – equivalente a 1/3(um terço) do período de contribuição junto a Empresa, garantindo o mínimo de 6(seis) meses e o máximo de 24(vinte e quatro) meses. FUNCIONÁRIO APOSENTADO – Tempo de Contribuição junto a Empresa MENOR que 10(dez) anos o prazo de permanência será equivalente ao período de Contribuição; tempo de contribuição MAIOR que 10(dez) anos o prazo de permanência será indeterminado.
- B. A cada 90 dias deverei fazer meu cadastramento na Operadora, comprovando não possuir algum vínculo trabalhista, apresentando cópia de minha carteira de trabalho, das páginas referentes ao FGTS para continuar com a Cobertura, preenchendo novo Formulário.
- C. Em caso de não pagamento dos Boletos Bancários apresentados como minha parcela no Plano de Saúde, eu e meus dependentes perderemos o Direito de Permanecer no Plano.
- D. Em caso de não recebimento do Boleto Bancário no prazo de 5(cinco) dias antes do vencimento, deverei entrar em Contato com a Operadora e não estarei isento do Pagamento do mesmo.
- E. O Plano para o qual estou optando é igual ao Plano anterior, enquanto era Funcionário Ativo.
- F. Só poderei incluir ou excluir dependentes em caso de nascimento ou óbito respectivamente.
- G. Em caso de reestruturação do Plano por parte da Empresa estarei sujeito às novas condições impostas pela mesma.

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas. Em caso de omissão de informações responsabilizo-me por qualquer despesa decorrente de utilização indevida, perderei o Direito ao benefício e poderei ser acionado judicialmente.

Sorocaba, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Ex-Funcionário

Assinatura do Representante da Empresa

Carimbo com CNPJ