



**APA MÓDULO INCENTIVO 2018/2019**  
**FORMULÁRIO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE**

**PAS/SERPRO – Convênio de Reciprocidade**

**TERMO DE TRANSFERÊNCIA - Do Grupo I para o Grupo II (Inativos)**

**Local:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ao SERPRO

Em conformidade com a Lei 9.656 de 03/06/98, venho solicitar minha manutenção no PAS/SERPRO, na condição de beneficiário do Grupo II, bem como dos dependentes abaixo relacionados, declarando estar ciente e de acordo com seu Regulamento, cujas condições regem a prestação dos benefícios relativos à assistência médico/hospitalar.

**Motivo: Pedido Voluntário de Demissão – APA MI 2018/2019**

**Titular:** \_\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**Banco:** \_\_\_\_\_

**Agência:** \_\_\_\_\_

**Conta-corrente:** \_\_\_\_\_

**Endereço de cobrança:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_

**Município/UF:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Início de vigência como demitido:** \_\_\_\_\_.

**(Prazo de permanência no plano em conformidade ao previsto na Lei 9.656/98 – artigo 30 – parágrafo 1º e artigo 31 – parágrafo 1º)**

Tenho ciência que:

1 – A inadimplência por 60 dias, consecutivos ou não, **nos últimos doze meses de vigência do contrato, acarretará a exclusão dos usuários do PAS/SERPRO.**

2 – De acordo com estabelecido no Edital, item 7.1 b), o desligado arcará com parte do custeio do Plano de Saúde e toda cobrança será encaminhada diretamente ao endereço de cobrança citado acima.

3 – Após o prazo estabelecido em Edital (\_\_\_\_ meses), o desligado arcará com o custo integral do Plano de Saúde e toda cobrança será encaminhada diretamente ao endereço de cobrança citado acima.

4 – Conforme estabelecido no Edital, item 7.1,b3, as pessoas que aderiram ao Programa de Preparação de Aposentadoria e tiverem participação no SERPROS, **serão descontados automaticamente** o valor equivalente da sua mensalidade e dos seus dependentes no benefício advindo do Fundo, de acordo com os valores cobrados para manutenção e permanência do Plano de Assistência a Saúde PAS/SERPRO.

**RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

1. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do empregado**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura OLGP**

