

PDI: TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

Plano de Assistência Médica

Nome do Associado: Matrícula:

Lotação: Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

CEP: Telefone: E-mail:

Declaro para fins de cumprimento do regulamento do Plano de Desligamento Incentivado (PDI) de 2019 que tenho interesse de permanecer como titular do Plano de Assistência Médica da Embrapa, sob administração da Casembrapa, com meus dependentes abaixo relacionados.

Conforme as normas do PDI 2019, declaro estar ciente de que a permanência na condição de beneficiário titular é de 36 meses, a partir da data de rescisão contratual com a Embrapa, e que após esse período devo procurar novamente a Casembrapa e me submeter à análise da operadora para constatar se preencho os requisitos necessários para permanecer no plano.

Também declaro estar ciente de que devo pagar mensalmente a contribuição correspondente a 5,19% (cinco vírgula dezenove por cento) do salário, sujeito a reajuste previsto no Regulamento da Casembrapa, equivalente à minha última referência salarial, observadas as transposições decorrentes de alterações/atualizações de plano de carreira, e ainda do percentual relativo à minha participação nas despesas médicas realizadas por mim e meus dependentes (conforme Regulamento da Casembrapa).

Declaro ainda estar ciente de que a Embrapa deverá pagar o equivalente ao valor da patronal pelo período de permanência previsto na regulamentação do PDI 2019, que é de três anos. Estou ciente de que, durante este tempo, a Embrapa deverá arcar com o valor da patronal dos dependentes inscritos neste formulário e que a inclusão de novos dependentes está sujeita à cobrança pela Casembrapa fora dos termos do PDI.

Declaro que li e estou de acordo com as regras do PDI e também tenho ciência das normas dispostas no Regulamento da Casembrapa.

Nº	Dependentes	CPF	Nascimento	Parentesco
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anexar: termo de rescisão contratual e comprovante do PDI.

Local Data Assinatura do Requerente

A SER PREENCHIDO PELO SGP/EMBRAPA

Data de Admissão na Embrapa: ___/___/___ Data de Admissão no PAM/Embrapa: ___/___/___
Data de Rescisão de Contrato: ___/___/___ Tempo de Contribuição (___ anos, ___ meses)
Tempo direto de Permanência no Plano: _____

Atesto que o requerente atende aos dispositivos do Regulamento do PAM/Embrapa e da legislação vigente.

_____/___/___ _____
Local Data Carimbo Assinatura do SGP