



TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

Contrato de trabalho suspenso

Nome do Associado: _____

Matrícula: _____

Lotação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Declaro que tenho interesse em permanecer como titular do Plano de Assistência Médica dos Empregados da Embrapa (Casembrapa), com meus dependentes relacionados abaixo.

Conforme disposto no Regulamento Casembrapa, CAPÍTULO II – Da inscrição e identificação dos associados titulares e dependentes, Art. 5º Parágrafo Primeiro, alínea “a”, declaro estar ciente que a permanência da condição de beneficiário titular é garantida enquanto durar a suspensão contratual, e que após o término da mesma, comunicarei de imediato a esta Caixa de Assistência para retorno da condição de Empregado ativo.

Declaro, ainda, estar ciente que devo recolher mensalmente: a) contribuição correspondente ao percentual (5,19%) do salário equivalente à última referência salarial ocupada, observadas as transposições decorrentes de alterações/atualizações de Plano de Carreiras; b) contribuição patronal (per capita), conforme Regulamento Casembrapa, CAPÍTULO XV – Das contribuições e das formas de pagamento, Art. 45, Parágrafo Segundo e c); percentual relativo à minha participação nas despesas médicas realizadas por mim ou por meus dependentes.

Nº	Dependentes	Nascimento	CPF	Nome da Mãe	Parentesco
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Anexar: cópia da Carta de Concessão de suspensão contratual

Local _____

Data _____

Assinatura do Requerente _____

A SER PREENCHIDO PELO SGP/EMBRAPA

Data de Admissão na Embrapa: ____/____/____

Data de Admissão no PAM/Embrapa: ____/____/____

Data de Suspensão Contratual: ____/____/____

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