

TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR OPTANTE

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL:			
CPF:			CIB-e:
TELEFONE(S):			
E-MAIL:			
DADOS BANCÁRIOS			
BANCO:		AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:

2. DADOS DO(S) DEPENDENTE(S) OPTANTE(S)

Nº	NOME / NOME SOCIAL	CPF	CIB-e
1			
2			
3			
4			
5			

3. MOTIVO DA OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

- ☐ Falecimento do beneficiário titular – pensionista assume titularidade
- ☐ Perda de vínculo funcional – ex-servidor, ex-empregado público ou ex-contratado temporário
- ☐ Cessão sem ônus ou licença sem vencimento – servidor efetivo

4. DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Declaro-me ciente de que:

Interesse e direito de permanência

- 4.1. Tenho interesse em permanecer no GDF SAÚDE na qualidade de beneficiário titular optante, juntamente com meus dependentes, conforme condições do Regulamento.
- 4.2. Não é possível incluir novos dependentes, salvo filhos(as) nascidos após a formalização desta opção.
- 4.3. Na condição de beneficiário titular optante, meu direito de permanência será:

TITULAR	DIREITO DE PERMANÊNCIA
Ex-servidor comissionado	Por até 1 (um) ano
Ex-empregado público	
Ex-contratado temporário	
Servidor efetivo: licença sem vencimento, afastamento temporário e cessão sem ônus	Enquanto durar o afastamento

4.4. O direito de permanência para dependentes seguirá as mesmas condições aplicáveis ao titular.

Custos e forma de pagamento

4.5. Ao optar pela permanência, assumo o custeio integral do GDF SAÚDE, correspondente a:

TITULAR OPTANTE	Soma de: I - mensalidade, calculada com base na última remuneração do titular; e II - montante equivalente ao valor mínimo de mensalidade vigente.	Obs.: A base de cálculo será a remuneração correspondente ao mês anterior à data em que perderem a condição de servidor ou empregado público, ou ao início da interrupção de suas atividades funcionais
DEPENDENTE OPTANTE (cada dependente)	Soma de: I - mensalidade, calculada conforme a faixa etária; e II - montante equivalente ao valor da própria mensalidade.	Soma-se ao valor do titular optante, quando houver

4.6. A contribuição mensal será paga por meio de Título de Cobrança Bancária (boleto) ou outro método estabelecido pelo INAS, abrangendo todas as obrigações financeiras dos meus dependentes..

4.7. A contribuição com base no custeio integral será devida a partir do primeiro dia subsequente à perda do vínculo funcional com o GDF, independentemente da data de assinatura do Termo de Permanência.

4.8. A coparticipação dos ex-beneficiários cujo contrato com o plano foi encerrado por exclusão ou cancelamento será cobrada em parcelas cujo valor não poderá ser inferior à mensalidade mínima do beneficiário titular, salvo quando o saldo total apurado até o mês for inferior a esse valor, hipótese em que deverá ser cobrado o valor integral do saldo remanescente.

4.9. Durante o período de permanência, caso haja geração de cobrança antes da formalização de eventual cancelamento futuro, o beneficiário e seus dependentes manterão direito à assistência até o final do período referente à cobrança.

Obrigações e atualização cadastral

- 4.10. Sou responsável por manter meus dados e os de meus dependentes atualizados junto ao INAS, informando alterações em até 30 (trinta) dias.
- 4.11. Informações incorretas ou desatualizadas poderão acarretar suspensão, cancelamento, ressarcimento ou responsabilização civil/administrativa.

Inadimplência e valores devidos

- 4.12. Poderei ser suspenso do GDF SAÚDE caso o atraso no pagamento supere 30 (trinta) dias;
- 4.13. Poderei ter minha assistência à saúde cancelada caso o atraso seja superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;
- 4.14. Permanecem devidos os valores de mensalidade e coparticipação em aberto, bem como aqueles ainda não processados até a data de cancelamento ou término da opção de permanência.

Cancelamento do titular e efeitos sobre dependentes

- 4.15. O cancelamento do beneficiário titular implicará a permanência ou cancelamento automático dos dependentes, conforme a escolha feita nesta opção.
- 4.16. Declaro que compreendo e aceito integralmente as condições acima e os efeitos legais da permanência, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

5. PRAZOS E VIGÊNCIA

Data da interrupção do vínculo funcional, da cessão ou licença:	
Data de início da vigência do período de permanência:	
Data final de vigência do período de permanência:	
Em caso de falecimento de titular, o prazo inicia a partir do protocolo de pedido da pensão junto ao órgão de previdência.	

Data: _____/_____/_____

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular