

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR OPTANTE

Nome completo:

CPF:

CIB-e:

Telefones:

E-mail:

Dados bancários

Banco:

Agência:

Conta corrente:

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

Nº	Nome completo	CPF	CIB-e
1			
2			
3			
4			
5			

3. MOTIVO DA OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

☐ 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 será admitida a inclusão de novos beneficiários dependentes vinculados a titulares optantes, exceto no caso de filho(a) nascido(a) ou adotado(a) após a formalização da opção, desde que a solicitação de inclusão seja realizada nos prazos e condições previstos no Regulamento do GDF SAÚDE.

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.

4.5. A permanência no GDF SAÚDE assegura a continuidade da cobertura assistencial ao beneficiário após a perda do vínculo que ensejou sua elegibilidade, desde que formalizada nos prazos e condições previstos no Regulamento.

4.6. A formalização da permanência possui natureza declaratória, não caracterizando nova adesão ao GDF SAÚDE, mas a manutenção da condição de beneficiário nas hipóteses previstas no Regulamento.

Custos e forma de pagamento

4.7. 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

4.8. 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.

4.9. A contribuição mensal do beneficiário, em regime de custeio integral e sem a participação do ente patrocinador, será devida em decorrência da perda do vínculo que ensejou a elegibilidade à permanência, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

4.10. Para fins de cobrança, será observada a sistemática de competência mensal adotada pelo GDF SAÚDE, de modo que, no mês em que ocorrer a perda do vínculo, a contribuição será apurada conforme o regime de custeio vigente à época, não havendo aplicação proporcional de regimes distintos dentro da mesma competência, aplicando-se o regime de custeio integral a partir da competência mensal subsequente.

4.11. Os valores de coparticipação referentes à utilização dos serviços durante o período de vinculação ao GDF SAÚDE permanecerão devidos, ainda que apurados ou cobrados após o encerramento da permanência, devendo ser quitados em parcelas cujo valor não poderá ser inferior à mensalidade mínima do beneficiário titular, salvo quando o saldo total apurado for inferior a esse valor, hipótese em que deverá ser cobrado o valor integral do saldo remanescente.

4.12. A cobrança observará a sistemática de competência mensal adotada pelo GDF SAÚDE, com aplicação uniforme do regime de custeio em cada competência.

Obrigações e atualização cadastral

4.13. Sou responsável por manter meus dados e os de meus dependentes atualizados junto ao INAS, informando alterações em até 30 (trinta) dias.

4.14. Informações incorretas ou desatualizadas poderão acarretar suspensão, cancelamento, ressarcimento ou responsabilização civil/administrativa

Inadimplência e valores devidos

4.15. Poderei ser suspenso do GDF SAÚDE caso o atraso no pagamento supere 30 (trinta) dias;

4.16. Poderei ter minha assistência à saúde cancelada caso o atraso seja superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;

4.17. Permanecem devidos os valores de mensalidade em aberto, bem como aqueles ainda não processados até a data de cancelamento ou término da opção de permanência, sem prejuízo das obrigações relativas à coparticipação, na forma do item 4.11.

Cancelamento do titular e efeitos sobre dependentes

4.18. O cancelamento do beneficiário titular implicará a permanência ou cancelamento dos dependentes, conforme opção expressa neste Termo.

4.19. 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.

Assinatura do (a) Beneficiário (a): _____

Data:_____/_____/_____

O beneficiário poderá acompanhar o andamento de sua solicitação por meio dos canais de atendimento do INAS, mediante informação do número de protocolo.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATENDENTE

Nome:

Matrícula:

Assinatura do(a) Servidor(a) _____