

Grau de sigilo
#Público

Nome do empregado ou aposentado

Matrícula

Condição: Empregado Aposentado

Preencha os campos abaixo de acordo com o tipo de solicitação:

1 - ADESÃO AO SAÚDE CAIXA

-
- Declaro que conheço e concordo com as normas que regem o Saúde CAIXA regulamentadas nos Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos.

Autorizo o débito mensal em minha folha de pagamento, na conta abaixo indicada ou em qualquer conta de depósito de minha titularidade, na CAIXA, dos valores correspondentes às mensalidades, co-participação, participação integral, parcelas de adiantamento, conforme estipulados nas normas do Saúde CAIXA.

Nº da conta de depósito na CAIXA

Agência (nº e nome)

Marcar os campos abaixo somente em caso de migração do PAMS para o Saúde Caixa:

-
- Renuncio ao direito de manter minha adesão ao PAMS - Programa de Assistência Médica Supletiva, garantido pela ação trabalhista nº _____, ciente de que ao ingressar no Saúde Caixa, não será permitido o meu retorno ao antigo formato de custeio (PAMS).

-
- Autorizo o débito de saldo devedor do PAMS na conta acima indicada ou em outra de minha titularidade, mediante comunicação prévia feita pela CAIXA, quando verificada a existência de valores a serem quitados.

2 - CANCELAMENTO DE ADESÃO AO SAÚDE CAIXA

-
- Solicito o cancelamento de minha adesão ao Saúde CAIXA e autorizo o débito em minha folha de pagamento ou em qualquer conta de minha titularidade na CAIXA, das despesas de mensalidade e coparticipação do plano de saúde, decorrentes da utilização por mim e meus dependentes, até a presente data.

-
- Declaro que conheço os Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos, que regulamentam o Saúde CAIXA, e que concordo com os referidos Normativos.

-
- Estou ciente de que qualquer utilização do plano de saúde a partir desta data, será considerada uso indevido e estarei sujeito aplicação das penalidades previstas no
- [RH221](#)
- e no
- [RH222](#)

Marcar o campo abaixo, somente no caso de Titular na condição de aposentado, desligado da CAIXA:

-
- Conforme regulado pelo
- [RH221](#)
- , estou ciente de que, na condição de aposentado desligado da CAIXA, após o cancelamento de minha adesão ao Saúde CAIXA, não terei direito a reingresso.

3 - RECUSA AO PLANO DE SAÚDE - SAÚDE CAIXA

-
- Declaro que conheço e recuso aderir ao Plano de Saúde oferecido pela CAIXA.

Marcar o campo abaixo, somente no caso de empregado inscrito como dependente de outro Titular:

-
- Estou ciente de que a minha inscrição como dependente no Saúde CAIXA terá vigência somente enquanto permanecerem as condições previstas no
- [RH221](#)
- para manutenção de minha inscrição como dependente.

_____, _____ de _____ de _____
Local/Data_____
Assinatura do empregado ou aposentado

TERMO DE ADESÃO/CANCELAMENTO/RECUSA AO SAÚDE CAIXA**1 OBJETIVO**

1.1 Formalizar opção com relação ao Saúde CAIXA.

2 NORMA**2.1 GESTOR**

2.1.1 GESAP - GN Plano de Saúde e Previdência Complementar

2.2 VINCULAÇÃO

2.2.1 Manuais Normativos: [RH221](#)

2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO

2.3.1 Formulário eletrônico disponível: por meio de "download" clicando no "link" [MO21076013](#).

2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS

2.4.1 O modelo é preenchido em 1 via destinada à CEPES no caso de nova opção ou cancelamento ou à GI GIPES, quando da admissão

2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO

2.5.1 CEPES e GIPES.

2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO

2.6.1 21.076 v012, de imediato

2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO

2.7.1 O termo de opção ao Saúde CAIXA tem prazo de arquivamento de 1 ano na CN - Gestão de Pessoas ou GI Gestão de Pessoas, conforme o caso, e, após esse prazo, é encaminhado à Unidade de Arquivo (GELOG/GI - Logística), onde deve permanecer por prazo indeterminado.

2.8 GRAU DE SIGILO

2.8.1 #PÚBLICO

2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

2.9.1 Inclusão de itens que tratam da transferência do beneficiário do PAMS – Programa de Assistência Médica Supletiva para o Saúde Caixa.

2.10 ROTEIRO PADRÃO

2.10.1 Não se aplica

2.11 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

2.11.1 Tipo de modelo: formulário eletrônico.

2.11.2 Impressão/Tipo de papel: posterior ao preenchimento, em papel A4 - mod. 71.139.

2.11.3 Formato do modelo: 297 mm (altura) x 210 mm (largura).

3 PROCEDIMENTOS**3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

3.1.1 O modelo contém campos autoexplicativos