

## ANEXO II – SOLICITAÇÃO DE MANUTENÇÃO DA ADESÃO AO SAÚDE CAIXA

Grau de sigilo
#PUBLICO

Nome		Matrícula	
Cargo efetivo	Função Gratificada/Cargo em Comissão		Lotação
RG	Órgão Emissor	CPF	E-mail particular (externo)
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Telefone Celular	
Endereço residencial			

Conforme regulado pelo [MN, [RH221](#)] e pelo [MN, [RH222](#)], solicito a manutenção da adesão ao Saúde CAIXA, durante o período permitido, pelo motivo assinalado a seguir:

- Afastamento por LED, [MN, [RH181](#)].
- Afastamento por LIP Incentivada, [MN, [RH001](#)].
- Afastamento para exercício de mandato eletivo, [MN, [RH181](#)].
- Aposentado pelo INSS, em licença saúde, após 365 dias de LIC, [MN, [RH101](#)].
- Cessão a outro Órgão, sem ônus para a CAIXA, [MN, [RH181](#)].
- Afastamento em virtude de prestação de Serviço Militar Obrigatório, [MN, [RH181](#)].
- Rescisão do Contrato de Trabalho com a CAIXA, sem justa causa.
- Desligamento por aposentadoria concedida pelo INSS durante o vínculo empregatício com a CAIXA.
- Desligamento por aposentadoria concedida pelo INSS antes do início do vínculo empregatício com a CAIXA.
- Afastamento por LEE, [MN, [RH213](#)].
- Afastamento por LPF, [MN, [RH001](#)].

Declaro que tenho conhecimento das regras para manutenção do Saúde CAIXA, conforme [MN, [RH221](#)] e [MN, [RH222](#)], se identificado algum descumprimento, o plano de saúde poderá ser cancelado a qualquer tempo, sem direito a reingresso, ou ainda ter a solicitação de manutenção negada.

Conforme regulado pelos [MN, [RH221](#)] e [MN, [RH222](#)], assumo as obrigações financeiras referentes ao custeio do Saúde CAIXA e autorizo o débito das despesas em minha folha de pagamento ou, na impossibilidade desta forma de débito, mantida por mim, na CAIXA, na seguinte conta de depósito: **Código Agência:** \_\_\_\_\_ **Operação:** \_\_\_\_ **Conta N°:** \_\_\_\_\_.

Estou ciente de que deverei manter saldo na conta de depósito supramencionada para débito do(s) valor(es) mensal(is) pertinente(s).

Em caso de alteração da conta de depósito, deverei comunicar imediatamente o Saúde CAIXA o número da nova conta, a fim de evitar o cancelamento do plano por ausência de pagamento.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Empregado

\_\_\_\_\_  
Testemunha (nome, CPF e assinatura)

\_\_\_\_\_  
Testemunha (nome, CPF e assinatura)