



## TERMO DE CANCELAMENTO DO PLANO ESPECIAL e MUDANÇA PARA O PLANO BÁSICO – ASSISTÊNCIA MÉDICA (QUARTO COLETIVO)

Nome completo:				
Código da Empresa:	Matrícula:	ID:	Oi fixo:	Oi:

### 1- Coberturas

Estão cobertas as doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, versão 10, da OMS e serão praticados os limites anuais de procedimentos, previstos na Lei 9656/98 e demais Regulamentações da ANS, através da rede referenciada ou reembolso.

Exemplos: consultas médicas, exames diagnósticos, terapias, internações, emergências, atendimentos psicológicos e psiquiátricos, tratamento de dependentes químicos, fonoaudiologia, Escleroterapia, RPG, entre outros.

### 2- Condições Gerais:

- O Aposentado TRCA/CA PR poderá optar pelo cancelamento do Plano Especial com padrão de acomodação em quarto privativo e mudança para o Plano Básico Enfermaria com padrão de acomodação em quarto coletivo, no mês de aniversário do contrato [Maio], e desde que tenha permanecido pelo período mínimo de 12 meses no Plano Especial;
- A opção acima descrita somente se dará por meio do preenchimento, assinatura e envio deste termo para o RH Local / Gente Atende, no mês de aniversário do contrato [Maio];
- A adesão ao Plano de acomodação coletiva inclui obrigatoriamente todos os dependentes elegíveis já cadastrados;
- A vigência da adesão ao plano básico (quarto coletivo) ocorrerá a partir da data de alteração do cadastro no sistema do prestador de Assistência Médica.
- O Plano com padrão de acomodação quarto coletivo na rede credenciada, contempla internação em apartamento coletivo.
- A partir de 01/05/2019, data de alteração do cadastro no sistema do prestador de Assistência Médica, será emitida nova carteira do plano médico e será entregue no endereço de residência, cadastrado no ato da alteração do plano no prestador de Assistência Médica.
- A coparticipação nas despesas e os reembolsos serão efetuados de acordo com o plano vigente na data de utilização em questão.
- As demais condições do Plano Básico estão disponíveis no Portal de Gente na Interativa.

### Declaração:

Declaro ter cumprido o período mínimo de 12 meses de permanência no plano com padrão de acomodação quarto privativo, e que estou ciente e de pleno acordo com as condições gerais estipuladas nesse termo.

Pelo presente, autorizo a Empresa a mudar o meu plano e do meu grupo familiar, para o padrão de acomodação quarto coletivo na Assistência Médica.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_