

# MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE APÓS O DESLIGAMENTO DO EMPREGADO

## PDVP

Cemig H • Cemig D • Cemig GT



A gente cuida, a vida acontece.



## **EMPREGADOS APOSENTADOS PELO INSS QUE ADERIRAM AO PDVP**

O empregado aposentado pelo INSS que aderiu ao PDVP tem direito a se manter inscrito no Prosaúde Integrado da Cemig (PSI). Para isso, deverá assumir integralmente a mensalidade após o desligamento da Cemig. Esse direito é garantido pela Resolução Normativa 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

## **EM QUE SITUAÇÃO O EX-EMPREGADO QUE ADERIU AO PDVP SE ENQUADRARÁ NOS CRITÉRIOS DA RN 279?**

➤ Quando já estiver aposentado pelo INSS.

## **EM QUE SITUAÇÃO O EX-EMPREGADO QUE ADERIU AO PDVP NÃO SE ENQUADRARÁ NOS CRITÉRIOS DA RN 279?**

➤ Quando a demissão for resultado da adesão a programa de desligamento voluntário não coincidir com a aposentadoria pelo INSS.

## **POR QUANTO TEMPO O EX-EMPREGADO PODERÁ PERMANECER NO PLANO DE SAÚDE?**

O ex-empregado que contribuiu com o plano de saúde por um período mínimo de dez anos pode manter-se no plano pelo tempo que desejar. Se o período de contribuição for inferior a dez anos, cada ano de contribuição dará direito a um ano no plano de saúde.

**RN  
279**

## O QUE FAZER APÓS O DESLIGAMENTO

A Cemig deverá informá-lo sobre os critérios da RN 279 no momento da comunicação do seu desligamento.

O empregado que se enquadrar nos critérios da RN 279 deverá preencher dois formulários – Termo de Opção e Declaração de Comprovação – que serão entregues pela Cemig. Caso os formulários não sejam entregues, o empregado deverá entrar em contato com a o RH da Cemig e solicitar os formulários.

## PREENCHENDO OS FORMULÁRIOS

**RN  
279**

Logo da patrocinadora	<b>TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – ART.30 E 31 DA LEI Nº 9.656/98</b>
-----------------------	---

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em \_\_\_\_\_, beneficiário (a) do

PROSAÚDE INTEGRADO DA CEMIG, registrado na ANS sob o nº 443.959/03-7, declaro, de livre e espontânea vontade:

Ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, acompanhado dos dependentes já inscritos, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Não ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Estar ciente da possibilidade de manutenção da condição de beneficiário, mas optar por expressar a escolha pela permanência mediante requerimento formal dirigido à CEMIG SAÚDE, no prazo regulamentar de 60 (sessenta) dias, estando ciente de que a ausência de manifestação, neste prazo, implicará na minha exclusão do Plano de Saúde e todo o grupo familiar a mim vinculado. **(Somente para os casos em que o empregado foi exonerado ou demitido sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS).**

Declaro, por fim, e no caso de vir a me manter no Plano de Saúde na condição de Autopatrocinado, que assumirei as responsabilidades financeiras que me couberem, na forma disposta no Regulamento do Plano e na Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que estou ciente das regras de inadimplência e de suspensão e cancelamento do benefício.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_



Ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, acompanhado dos dependentes já inscritos, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Ao marcar esta opção, o beneficiário passará para a categoria de autopatrocinado imediatamente após a perda do vínculo empregatício, caso não tenha concessão do benefício Forluz. Nesta categoria, as contribuições serão custeadas integralmente pelo beneficiário.



Não ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Ao marcar esta opção, o beneficiário será excluído do plano de saúde na data de assinatura do termo de desligamento da Patrocinadora.



Estar ciente da possibilidade de manutenção da condição de beneficiário, mas optar por expressar a escolha pela permanência mediante requerimento formal dirigido à Cemig Saúde, no prazo regulamentar de 60 (sessenta) dias, estando ciente de que a ausência de manifestação, neste prazo, implicará na minha exclusão do Plano de Saúde e todo o grupo familiar a mim vinculado. **(Somente para os casos em que o empregado foi demitido ou exonerado sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS)**

Ao marcar esta opção, o beneficiário permanecerá no plano de saúde por até 60 dias, para decidir se deseja permanecer no plano. Antes do fim desse período, ele deverá formalizar sua decisão por meio de formulário próprio da Operadora, caso contrário, será excluído ao final dos 60 dias.

Logo da patrocinadora

**Declaração para comprovação do comunicado da opção pela manutenção da condição de beneficiário no plano de saúde nos termos da RN/279/11****1) O (a) empregado (a) foi desligado da empresa (a) por qual motivo?**

Desligamento por Incentivo ( )

Sem justa causa ou exonerado ( )

A pedido do empregado ( )

Por Justa Causa ( )

**2) O (a) empregado (a) está aposentado (a) pela Previdência Social - INSS?**

Sim ( )

Não ( )

**3) Trata-se de empregado (a) aposentado (a) que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria?**

Sim ( )

Não ( )

**4) O (a) beneficiário (a) contribuiu ou já contribuiu para o pagamento do atual plano privado de assistência à saúde ou plano antecessor ainda que em outra Operadora de Plano de Saúde?**

Sim ( )

Não ( )

**5) Por quanto tempo o(a) beneficiário(a) contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, considerando inclusive planos sucessores? (caso o plano antecessor seja em outra Operadora de Plano de Saúde, excluir o tempo de contribuição a plano anterior à Lei 9.656/98 não adaptado).**

\_\_\_\_\_.

**6) O(a) ex-empregado(a) optou pela sua manutenção como beneficiário no plano de privado de saúde no momento do recebimento do Termo de Opção?**

( ) Optou.

( ) Não optou.

( ) FORMALIZARÁ SUA OPÇÃO, MEDIANTE REQUERIMENTO FORMAL DIRIGIDO À CEMIG SAÚDE, NO PRAZO REGULAMENTAR DE 60 (SESENTA) DIAS, ESTANDO CIENTE DE QUE A AUSÊNCIA DE MANIFESTAÇÃO, NESTE PRAZO, IMPLICARÁ NA SUA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE E DE TODO O GRUPO FAMILIAR A MIM VINCULADO. (Somente para os casos em que o empregado foi exonerado ou demitido sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS).

Declaro sob as penas da lei que, o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, matrícula, vinculado(a) ao plano \_\_\_\_\_, produto registrado na ANS sob o nº \_\_\_\_\_, ex-empregado(a) da empresa \_\_\_\_\_, foi comunicado(a) da opção de manutenção da condição de beneficiário do plano de saúde, nos termos que estabelece o artigo 10 da RN 279/11, conforme documento anexo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Assinatura do representante legal da Pessoa Jurídica Contratante****Beneficiário declara estar ciente do informado:****Assinatura do ex-empregado**

Para informações detalhadas quanto ao Plano de Saúde, a Cemig Saúde poderá ser acionada através do telefone 0800-030-9009.

**RN  
279**

**1) O(a) empregado(a) foi desligado da empresa(a) por qual motivo?**Desligamento por incentivo (  )Sem justa causa ou exonerado (  )A pedido do empregado (  )Por justa causa (  )

Informe o motivo do desligamento.

**2) O (a) empregado(a) está aposentado(a) pela Previdência Social – INSS?**Sim (  ) Não (  )

Se sim, o beneficiário irá se enquadrar nos critérios da RN 279, independentemente do motivo do desligamento.

**3) Trata-se de empregado(a) aposentado(a) que continuou trabalhando na CONTRA-TANTE após a aposentadoria?**Sim (  ) Não (  )

Se não, o beneficiário não irá se enquadrar nos critérios da RN 279.





**4) O(a) beneficiário(a) contribuiu ou já contribuiu para o pagamento do atual plano privado de assistência à saúde ou plano antecessor ainda que em outra Operadora de Plano de Saúde?**

Sim (  ) Não (  )

Como o modelo do plano administrado pela Cemig Saúde é co-participativo, a resposta será Sim para todos os beneficiários.



**5) Por quanto tempo o(a) beneficiário(a) contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, considerando inclusive planos sucessores? (caso o plano antecessor seja em outra Operadora de Plano de Saúde, excluir o tempo de contribuição a plano anterior à Lei 9.656/98 não adaptado).**

---

O beneficiário deverá informar por quanto tempo contribuiu para o pagamento dos planos de saúde em que já esteve inscrito.

**6) O(a) ex-empregado(a) optou pela sua manutenção como beneficiário no plano privado de saúde no momento do recebimento do Termo de Opção?**



Optou.

Não optou.

Formalizará sua opção, mediante requerimento formal dirigido à Cemig Saúde, no prazo regulamentar de 60 (sessenta) dias, estando ciente de que a ausência de manifestação, neste prazo, implicará na sua exclusão do plano de saúde e de todo o grupo familiar a mim vinculado. (Somente para os casos em que o empregado foi demitido ou exonerao sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS).

**RN  
279**

Essa pergunta deverá ser respondida de acordo com a opção escolhida no primeiro formulário.

## **FORMALIZANDO A OPÇÃO DE PERMANECER NO PLANO**

O empregado que optar pelo prazo de 60 dias para manifestar sua escolha de permanecer ou não no plano de saúde deverá, até o término desse período, preencher o formulário de inclusão de autopatrocinado disponível no portal [www.cemigsaude.org.br](http://www.cemigsaude.org.br) e entregar em uma das nossas unidades de atendimento presencial. Imediatamente após a entrega do formulário, as contribuições passarão a ser custeadas integralmente pelo empregado.

## MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EMPREGADOS QUE NÃO SE ENQUADRAM NA RN 279

O empregado que aderiu ao PDVP, mas ainda não é aposentado pelo INSS, não se enquadra nos critérios da ANS. Por esse motivo, ele será automaticamente desligado do plano logo após o desligamento da patrocinadora Cemig.

Entretanto, caso tenha interesse em retornar ao plano, ele poderá fazê-lo dentro do prazo de até 60 dias após ter se desligado da Cemig. Esse direito é garantido pelo Artigo 24 do regulamento do PSI.

### Importante!

Para formalizar a opção de retornar ao plano, o beneficiário deverá preencher o formulário de inclusão de autopatrocinado, que deverá ser entregue pela Cemig no momento do desligamento. Caso o formulário não seja entregue, o beneficiário deverá procurar a Cemig Saúde imediatamente.



**RN  
279**



**INCLUSÃO DE AUTOPATROCINADO  
PROSAÚDE INTEGRADO CEMIG – PSI**

Solicito a minha inclusão no PSI como Participante Autopatrocinado, bem como a inclusão dos meus dependentes abaixo relacionados. Autorizo a CEMIG SAÚDE a efetuar a cobrança de contribuições e co-participações de acordo com os valores da tabela e através de boleto bancário ou outra forma que substituir este critério de cobrança. Declaro ter pleno conhecimento dos critérios para permanência nesta categoria constantes do Regulamento do PSI.

Nome Completo		Matrícula	
Rua/Avenida/n.º		Complemento	
Bairro		Cidade	
Estado	CEP	Telefone Contato (    ) -	Celular (    ) -
E-mail			

**É obrigação do participante manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto à CEMIG SAÚDE.**

**ATENÇÃO:** Os dependentes anteriormente inscritos, porém que nesta data de opção não forem relacionados no campo abaixo – serão automaticamente excluídos.

Nº	Nome do dependente	Parentesco	Data Nascimento	CPF
01			/ /	
02			/ /	
03			/ /	
04			/ /	
05			/ /	
06			/ /	

Assinatura do participante

Data



/ /

ANS - N° 41750-5

Número do Protocolo:

\_\_\_\_\_

## NOSSOS CANAIS DE RELACIONAMENTO



0800 030 9009



(31) 3429-5200 (ligações originadas de celular)



Fale conosco em: [www.cemigsaude.org.br](http://www.cemigsaude.org.br)

## **REALIZAÇÃO**

---

Assessoria de Comunicação da Cemig Saúde  
Edição e redação: Patrícia Ferreira (MG0019157JP)



Av. Barbacena, 472 • 5º andar • Barro Preto • CEP: 30190-130 • Belo Horizonte • MG  
Tel: 0800 0309009 • (31) 3429-5200 (para ligações originadas de telefone celular)  
Portal institucional: [www.cemigsaude.org.br](http://www.cemigsaude.org.br)



A gente cuida, a vida acontece.