

**COMUNICADO AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS  
(CIÊNCIA DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO)**

Para: .....  
(nome do ex-funcionário)

Tempo de Contribuição:	_____ meses
Motivo do desligamento:	<input type="checkbox"/> Demissão sem justa causa <input type="checkbox"/> Aposentadoria

Prezado(a) Senhor(a),

A empresa .....,  
(razão social da ex-empregadora)

em conformidade com a Lei 9656/98 – Lei dos Planos de Saúde e com a Resolução Normativa RN 279/11, da ANS, vem com o presente, comunicá-lo formalmente sobre seu direito, na condição de ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado, que contribuiu para o pagamento de sua mensalidade no plano de saúde ofertado pelo empregador, de manter sua condição de beneficiário, conforme contrato exclusivo celebrado por sua ex-empregadora com a Unimed Poços de Caldas, especialmente para esta finalidade.

A condição para a manutenção é a de assumir o pagamento total do custo do plano (mensalidade de demais pagamentos), junto à Unimed Poços de Caldas.

O direito de permanecer no plano se encerra quando da admissão em novo emprego, com direito a plano de saúde ou findo o tempo de permanência descrito abaixo:

- O aposentado, que contribuiu para o plano por 10 (dez) anos ou mais, terá direito de permanecer no plano durante todo o tempo em que o contrato dos funcionários ativos estiver vigente.
- O aposentado, que contribuiu para o plano por tempo menor que 10 (dez) anos, terá direito de permanecer no plano à razão de 1 (um) ano de plano para cada ano de contribuição.
- O demitido sem justa causa, que contribuiu para o plano, terá direito de permanecer no plano durante 1/3 do período de contribuição, com tempo mínimo de 6 (seis) meses e no máximo 24 (vinte e quatro) meses.

O prazo para se manifestar sobre a intenção de manutenção da condição de beneficiário, realizando a adesão ao contrato, é de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste COMUNICADO, que deve ser feita simultaneamente com o recebimento do Aviso Prévio (pago ou trabalhado).

Para realizar a adesão ao plano para os demitidos sem justa causa ou aposentados, basta comparecer à Unimed Poços de Caldas, Setor de Relacionamento, à Avenida Gentil Messias, 217 – Vila Cruz, Poços de Caldas – MG, portando os seguintes documentos:



- Ex-funcionário - Titular: Aviso Prévio, Carteira de Trabalho, CPF, Identidade, Cartão Nacional de Saúde – CNS, Comprovante de Residência, 3 holerites comprovando a contribuição e uma via deste COMUNICADO;
- Dependentes: Cartão Nacional de Saúde – CNS, CPF, Identidade e Certidões de Nascimento e Casamento, quando for o caso.

Para o esclarecimento de quaisquer dúvidas entre em contato com nossa Equipe de Relacionamento, pelos fones 3729-3347 – ramal direto e 3729-3300 ramais 547 e 316, pelo e-mail [relacionamento@unimedpc.coop.br](mailto:relacionamento@unimedpc.coop.br).

Poços de Caldas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura e Carimbo da Empresa: \_\_\_\_\_

Ciência ex-funcionário: \_\_\_\_\_

Nome por extenso:

CPF:

Instruções:

Este COMUNICADO deve ser assinado **apenas pelo ex-empregado que tiver o direito de manutenção** por Demissão sem Justa Causa ou Aposentadoria, mesmo se continuar trabalhando na mesma empresa.

A tabela de preço do plano deve ser apresentada ao ex-empregado neste Ato.

Este COMUNICADO deve ser assinado em 3 vias, sendo:

- Uma da empresa;
- Uma do ex-funcionário; e
- Uma para a Unimed.