

## IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

### 1. INFORME O TIPO DE VÍNCULO DO TITULAR:

- ( ) Ativo  
( ) Aposentado  
( ) Pensionista

### 2. INFORME OS DADOS DO TITULAR:

Nome completo: \_\_\_\_\_

Matrícula/CB: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nº Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Unidade de Lotação/Vinculação: \_\_\_\_\_

Telefone 1: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone 2: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 3. RESPONSABILIDADE LEGAL:

3.1. É de minha responsabilidade conhecer e cumprir as normas da AMS dispostas no Regulamento, disponível no Portal AMS.

3.2. Declaro ser do meu interesse a utilização da AMS – Assistência Multidisciplinar de Saúde, a que faço jus por ser ex-empregado da Petrobras.

3.3. Solicito minha inclusão como beneficiário titular, nos termos específicos descritos neste documento, por não me encontrar aposentado pelo INSS no momento do desligamento da Petrobras.

3.4. Estou de acordo que, ainda que eu receba do INSS minha carta de concessão de aposentadoria dentro do período de 90 dias após meu desligamento, ou ainda, com data retroativa a este, permaneceremos, eu e meu(s) dependentes(s) vinculados a AMS nas condições especificadas neste documento.

### 4. ESTOU CIENTE DE QUE:

4.1. Apesar de o meu desligamento ocorrer por minha iniciativa, a Petrobras assegura a mim, bem como a meus dependentes, a possibilidade de permanência na AMS, proporcional a 1/3 do meu tempo trabalhado na Companhia, podendo permanecer no mínimo 6 (seis) meses, não podendo ultrapassar o limite de 24 (vinte e quatro) meses, conforme tabela abaixo:

**Corporativo**

TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO PARA A AMS	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA AMS APÓS A DEMISSÃO
0 a 18 meses	6 meses
19 a 72 meses	1/3 do tempo de contribuição
> 72 meses	24 meses

4.2. É garantida, a mim e meus respectivos dependentes, a mesma cobertura assistencial e rede credenciada da AMS, incluindo todos os programas complementares de AMS atendendo os critérios normativos.

4.3. A minha contribuição mensal do **Grande Risco** será de acordo com a minha faixa etária e de meu(s) dependente(s), desconsiderando-se qualquer valor remuneratório meu. Todos os beneficiários serão enquadrados na faixa etária correspondente, conforme tabela abaixo. Inclusive os dependentes que, à época do meu desligamento, estiverem inscritos no plano 28, conforme tabela disponível no Portal AMS.

4.4. Para custeio do **Pequeno Risco**, será aplicada a mim e meus respectivos dependentes (inclusive dependentes da AMS 28 anos, se houver) a coparticipação de 50% sobre o valor total do custo dos procedimentos assim classificados nas normas internas da AMS, que vierem a ser utilizados por mim ou por meus dependentes, independentemente de suas faixas etárias e valor da minha última remuneração.

4.5. A regra acima não se aplica aos beneficiários (titulares ou dependentes) inscritos na AMS com desconto integral que deverão arcar com a totalidade de seus gastos de Pequeno Risco e Grande Risco.

4.6. Para os tratamentos que têm critérios próprios de custeio (por exemplo: psicoterapia) será aplicada a respectiva regra de pagamento.

4.7. Quando o atendimento de Grande Risco ou Pequeno Risco se der pela modalidade de livre escolha, a Petrobras poderá efetuar o reembolso, desde que os procedimentos sejam cobertos pela AMS e que tenham sido cumpridas as normas de autorização prévia, conforme for o caso. No Grande Risco o reembolso será total de acordo com os referenciais de preço da companhia. No caso do Pequeno Risco o reembolso será parcial, de 50% concernente ao referencial de preços praticado pela Petrobras.

4.8. Os beneficiários (titulares ou dependentes) inscritos na AMS com desconto integral não têm direito a reembolso de atendimentos realizados na modalidade de Pequeno Risco e Grande Risco.

4.9. As despesas com minha assistência à saúde, bem como de meus dependentes, serão cobradas através do boleto bancário.

5.1. O não pagamento do boleto bancário por 60 dias consecutivos ou não implicará na suspensão do direito a AMS minha e de meus dependentes, Caso esteja com a AMS suspensa em função de inadimplência, o retorno do benefício somente se dará após o pagamento integral da dívida em até 90 dias da data da suspensão. Após este prazo não será permitido o retorno.

4.10. Mesmo após o período permitido de permanência na AMS, se ainda restarem despesas com assistência à saúde não cobrada, serei responsável por pagar os respectivos boletos encaminhados pela AMS.

4.11. Expirado o período máximo de permanência na AMS, ainda poderei receber pelo período de até 2 (dois) anos após meu desligamento da AMS, boletos bancários com a cobrança de procedimentos realizados

**Corporativo**

durante o período da cobertura.

- 4.12. Todas as despesas de AMS não honradas serão alvo de cobrança judicial pela Petrobras.
- 4.13. A norma sobre a caracterização do tipo de dependente e as condições para elegibilidade são da alçada exclusiva da Petrobras para efeito de inscrição ou de manutenção na AMS.
- 4.14. A minha exclusão e de qualquer dependente da AMS poderá ser feita por minha vontade manifesta, através de declaração e justificativa por escrito. A exclusão também pode se dar por iniciativa da Companhia, por motivo de infração ou fraude, o que ela pode fazer a qualquer tempo, sem aviso prévio ou, ainda, nos casos em que cessarem as respectivas condições de elegibilidade.
- 4.15. Uma vez excluídos, eu e/ou meus dependentes não poderemos retornar à condição de beneficiários.
- 4.16. A minha permanência, bem como de meus dependentes na AMS, está condicionada à ausência de outro vínculo empregatício que tenha plano de saúde, devendo comunicar tal situação, caso ocorra, a Unidade de Execução da AMS. Caso não cumpra com o meu dever estarei sujeito às penalidades previstas na AMS para situações de uso indevido e fraudulento. Em caso de não cumprimento dessa obrigação, bem como de utilização da AMS após os prazos acima estipulados, estarei sujeito à penalidade de cobrança das despesas efetuadas, pela via judicial.
- 4.17. Em caso de morte do titular, será assegurado o direito de manutenção na AMS dos dependentes devidamente inscritos e com direito a AMS na data do óbito, provisoriamente por 90 dias, desde que haja algum dependente que possa assumir a condição de titularidade como pensionista. Para regularização do direito, o dependente deverá apresentar a carta de concessão da pensão emitida pelo INSS para assumir a condição de titularidade. Todas as despesas de AMS referentes ao titular falecido serão amortizadas.
- 4.18. Falecimento - Neste caso, a Petrobras absorverá integralmente as despesas pendentes relativas a atendimentos prestados ao titular pela Escolha Dirigida, reembolsando à pessoa de direito eventuais despesas relativas a procedimentos realizados pela Livre Escolha. Exceção para as despesas de dependentes, que no falecimento do titular, caso não haja pensionista sucessório na matrícula, deverão ser comunicadas à família e, se não quitadas, cobradas por espólio. No caso de falecimento do pensionista titular as despesas serão cobradas dos dependentes ou do espólio na falta de dependentes.
- 4.19. Tenho a obrigação de cumprir as exigências normativas da AMS e quaisquer outras orientações emitidas pela Unidade Corporativa e/ou de Execução da AMS e manter atualizadas minhas informações cadastrais e as de meus dependentes e comunicar qualquer alteração na condição de elegibilidade, principalmente as que impliquem na suspensão do direito ao uso da AMS. A não comunicação da alteração na condição de elegibilidade, *minha e de meus dependentes*, será considerada, pela Companhia, como infração ou fraude a AMS, e estarei sujeito às penalidades normativas previstas.
- 4.20. Existem consequências que poderão advir por qualquer declaração falsa que prestar na forma do artigo 299 do código penal brasileiro: "Omitir, em documentos públicos ou particulares, declaração que dele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. "
- 4.21. Poderei manter os dependentes inscritos, quando da vigência do contrato de trabalho e que estiverem ativos na data do meu desligamento e inscrever novos dependentes, desde que sejam elegíveis a AMS, conforme norma em vigor.

**Corporativo**

4.22. A manutenção dos meus dependentes dependerá da minha anuência, que se expressará através das informações prestadas na listagem abaixo. Perderão o direito a sua manutenção na AMS os dependentes que não estiverem listados abaixo:

**5. Informações sobre os dependentes do Beneficiário Titular a serem mantidos na AMS**

1. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo:

( ) cônjuge ( ) companheiro ( ) filho ( ) enteado ( ) menor sob guarda em processo adoção ( ) temporário

2. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo:

( ) cônjuge ( ) companheiro ( ) filho ( ) enteado ( ) menor sob guarda em processo adoção ( ) temporário

3. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo:

( ) cônjuge ( ) companheiro ( ) filho ( ) enteado ( ) menor sob guarda em processo adoção ( ) temporário

4. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo:

( ) cônjuge ( ) companheiro ( ) filho ( ) enteado ( ) menor sob guarda em processo adoção ( ) temporário

5. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo:

( ) cônjuge ( ) companheiro ( ) filho ( ) enteado ( ) menor sob guarda em processo adoção ( ) temporário

6. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo:

( ) cônjuge ( ) companheiro ( ) filho ( ) enteado ( ) menor sob guarda em processo adoção ( ) temporário

**5.1. Dependentes anteriores a 1997:**

1. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

2. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

3. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

**Corporativo**

6. Declaro que tenho conhecimento dos termos e regulamentos para a manutenção na AMS citados no documento e que desejo manter o benefício.
7. Declaro, ainda, sob as penas da legislação penal vigente, e das normas da AMS, serem verdadeiras as informações aqui prestadas, além de estar ciente de todas as cláusulas constantes deste documento.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
Local UF dia mês ano

\_\_\_\_\_  
**(Assinatura do Titular)**

**Todas as folhas deverão ser rubricadas pelo beneficiário titular.**

\_\_\_\_\_  
**(Rubrica do Atendente)**

**Matrícula do Atendente:** \_\_\_\_\_