

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. INFORME O TIPO DE VÍNCULO DO TITULAR:

- Aposentado
 Pensionista
 Empregado Afastado Auxílio-Doença
 Empregado Aposentado sem Benefício ACT
 Anistiado

2. INFORME OS DADOS DO TITULAR:

Nome (completo): _____

Matrícula/CB: _____ CPF: _____

Nº Identidade: _____ Órgão Exp.: _____ UF: _____

Unidade de Lotação/Vinculação: _____

Endereço (completo): _____

Complemento (Apto,Casa,Bloco) _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel: () _____ /ou () _____

E-Mail : _____

3. INFORME OS DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR:

Nº do Banco: _____ Nº da Agência: _____ Nº da Conta Corrente: _____

4. MARQUE UMA DAS OPÇÕES:

Não sou participante PETROS e concordo que seja utilizado o modelo de cobrança por Boleto Bancário para pagamento das minhas despesas assistências de AMS.

Sou participante PETROS e concordo que seja utilizado o modelo de cobrança por Boleto Bancário para pagamento das minhas despesas assistenciais de AMS, pois não recebo a minha remuneração do INSS através do Convênio PETROS x INSS.

5. RESPONSABILIDADE LEGAL:

5.1. Declaro ser do meu interesse a manutenção da AMS - Assistência Multidisciplinar de Saúde.

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

Corporativo

5.3. Autorizo que sejam cobradas as despesas de assistência à saúde através de boleto bancário emitido pela Petrobras e a efetuar o pagamento das minhas despesas e de meus dependentes, de assistência à saúde, no prazo estabelecido no boleto.

5.4. Comprometo-me a sempre informar toda alteração cadastral ou de dados bancários e atualização de endereço.

5.5. Quando empregado afastado, me comprometo a apresentar o contracheque do INSS, no primeiro mês em que deixar de receber salário ou complementação pela Cia. e passe a receber diretamente pelo INSS, para que seja calculado meu percentual de participação no benefício.

6. TENHO CIENCIA DE QUE:

6.1. No caso de aposentado ou pensionista, poderei solicitar o retorno da cobrança de AMS, no contracheque, desde que os sistemas da Petros e AMS estejam integrados para atualização dos meus proventos do INSS e benefício Petros (quando participante).

6.2. No caso de empregado afastado, o retorno da cobrança de AMS no contracheque está condicionado à cessação do benefício previdenciário de auxílio-doença/acidente de trabalho e retorno ao trabalho. Na hipótese do benefício previdenciário de auxílio-doença ser transformado em aposentadoria por invalidez, o custeio de AMS poderá ser realizado através de boleto caso não seja requerido através do Convênio Petros/INSS.

6.3. Como empregado afastado, caso não apresente o contracheque do INSS no primeiro mês em que deixar de receber salário ou complementação pela Cia. e passe a receber diretamente pela previdência, terei meu percentual de participação calculado de acordo com minha última remuneração registrada no sistema.

6.4. A contribuição mensal, para custeio do grande risco, será cobrada de acordo com a minha renda salarial e minha faixa etária, havendo ou não utilização da AMS. A participação pecuniária das minhas despesas assistenciais de saúde, caracterizadas como de pequeno risco, serão cobradas quando tais serviços vierem a ser utilizados.

6.5. Quando o atendimento de pequeno risco se der pela modalidade de escolha dirigida, a Petrobras efetuará o pagamento ao prestador do serviço de saúde, emitindo, posteriormente, boleto bancário no valor correspondente ao meu percentual de participação pecuniária.

6.6. Quando o atendimento de grande ou de pequeno risco se der pela modalidade de livre escolha, a Petrobras poderá efetuar o reembolso parcial das despesas de minha responsabilidade em conta corrente, limitado aos valores do referencial de preços da AMS e descontando meu percentual de participação, desde que os procedimentos sejam cobertos pela AMS e que tenham sido cumpridas as normas de autorização prévia, conforme for o caso.

6.7. Tenho obrigação de pagar em dia os boletos emitidos em meu nome. A falta de pagamento por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará na suspensão da AMS para mim e 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.

6.8. Não poderei retornar meus descontos de AMS para folha da Petros (quando participante), enquanto houver boleto (s) bancário (s) pendente (s) para pagamento.

6.9. A contribuição mensal de grande risco será reajustada anualmente, conforme Acordo Coletivo de Trabalho.

6.10. Caso venha a ocorrer a dissolução do vínculo matrimonial ou da União Estável a permanência do dependente cônjuge/companheiro na AMS será considerada, pela Petrobras, como infração/fraude e me

Corporativo

sujeitará à aplicação das penalidades previstas nas legislações trabalhista e penal vigentes, sem prejuízo da instauração de processo disciplinar interno, se empregado. A AMS não reconhece como dependente ex-cônjuges ou ex-companheiros.

6.11. 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 poderá se dar por iniciativa da Cia. a qualquer tempo, sem aviso prévio, por perda de elegibilidade, infração ou fraude.

6.12. O pensionista, para ter continuidade na AMS, deve ser reconhecido como tal pelo INSS e, ainda, ter sido inscrito na AMS pelo titular, em vida e encontrar-se com direito à AMS na data do óbito do titular.

6.13. Não é permitido ao pensionista incluir ou reincluir qualquer tipo de dependente, sendo, no entanto, permitida a exclusão de dependentes a qualquer tempo. O pensionista poderá optar em manter o dependente apenas nas situações previstas pela AMS.

6.14. Os dependentes incluídos por determinação judicial para concessão da AMS não poderão ser excluídos por minha vontade e as despesas efetuadas por estes beneficiários serão arcadas, integralmente, por mim.

6.15. Como Aposentado, ou Empregado afastado, poderei incluir e reincluir meu dependente, por mim excluído, sua reinclusão deverá atender aos critérios normativos vigentes à época.

6.16. O meu desligamento da AMS acarretará no desligamento de todos os meus beneficiários dependentes, sendo este ato irreversível.

6.17. Minha exclusão da AMS, exceto por meu falecimento, implica em quitação de todos os débitos existentes na AMS e exclusão de todos os dependentes inscritos na AMS. Quando minha exclusão for por falecimento, a AMS arcará com todas as minhas despesas assistenciais realizadas até a data do óbito, repassando para os pensionistas as demais despesas. Esta regra só se aplica a empregado e aposentado. No caso de falecimento de pensionista as despesas serão arcadas pelos demais pensionistas existentes.

6.18. Tenho a obrigação de cumprir as exigências normativas e orientações da AMS, 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 dessa alteração será considerado, pela Cia, como infração ou fraude a AMS, e estarei sujeito às penalidades normativas previstas.

6.19. Estarei sujeito ao cumprimento do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que versa sobre as consequências que poderão advir no caso de “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

Observação importante: Caso não receba o boleto bancário/cobrança até cinco dias antes do vencimento, orientamos a entrar em contato com o setor de Finanças:

- Natal/RN – (84)3235-3274
- Rio de Janeiro/RJ – (21) 3224-0600
- Macaé/RJ – (22) 2761-2683
- São Paulo/SP – (11) 3523-6699
- Aracajú/SE – (79) 3212-3737
- Vitória/ES – (27) 3235-4970
- e-mail: atendimentoocofip@petrobras.com.br

AMS – ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE

ANEXO V – Termo Solicitação de Manutenção da AMS para Pagamento por Boleto

Corporativo

Declaro, 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.

_____ - _____ UF, _____ dia _____ 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: _____