
Corporativo

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. INFORME O TIPO DE VÍNCULO DO TITULAR:

- () APOSENTADO
() PENSIONISTA
() ANISTIADO

2. INFORME O TIPO DE SOLICITAÇÃO:

- () INCLUSÃO PENSIONISTA
() INCLUSÃO DE ANISTIADO
() MANUTENÇÃO DE APOSENTADO
() EXCLUSÃO DE APOSENTADO
() EXCLUSÃO DE PENSIONISTA
() EXCLUSÃO DE ANISTIADO

3. INFORME OS DADOS DO TITULAR FALECIDO (somente se for pensionista):

Nome (completo): _____

Matrícula/CB: _____ Lotação/Vinculação: _____

4. INFORME OS DADOS DO PENSIONISTA OU ANISTIADO A SER INCLUÍDO ou APOSENTADO TITULAR PARA MANUTENÇÃO:

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 : _____

Corporativo

5. INFORME OS DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR A SER INCLUÍDO OU APOSENTADO PARA MANUTENÇÃO:

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

6. Eu, beneficiário titular aposentado/pensionista da AMS, solicito a manutenção na AMS, do(s) dependente(s) abaixo identificado(s).

6.1. Informe os Dependentes a serem mantidos na AMS:

1. Informe o vínculo:

() Filho () Enteadado () Cônjuge/Companheiro () Outros

Nome Completo: _____

CPF: _____

2. Informe o vínculo:

() Filho () Enteadado () Cônjuge/Companheiro () Outros

Nome Completo: _____

CPF: _____

3. Informe o vínculo:

() Filho () Enteadado () Cônjuge/Companheiro () Outros

Nome Completo: _____

CPF: _____

4. Informe o vínculo:

() Filho () Enteadado () Cônjuge/Companheiro () Outros

Nome Completo: _____

CPF: _____

5. Informe o vínculo:

() Filho () Enteadado () Cônjuge/Companheiro () Outros

Nome Completo: _____

CPF: _____

7. INFORME OS DADOS DO TITULAR APOSENTADO OU PENSIONISTA A SER EXCLUÍDO:

Nome Completo: _____

Matrícula/CB: _____ CPF: _____

AMS – ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDEANEXO IV – Termo Solicitação de Inclusão_Manutenção_Exclusão da AMS_Titular
Aposentado_Pensionista_Anistiado

Corporativo

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

Nome Completo da Mãe: _____
(Nome completo conforme documento de identidade)**Motivo da exclusão:**

_____**8. MARQUE UMA DAS OPÇÕES:** Não sou participante PETROS Sou participante PETROS e não recebo minha remuneração do INSS através do convênio PETROS x INSS**9. RESPONSABILIDADE LEGAL:**

9.1. Declaro ser do meu interesse a manutenção da AMS - Assistência Multidisciplinar de Saúde, a que faço jus por ter cumprido as exigências normativas para Aposentadoria.

9.2. Declaro ser do meu interesse a manutenção da AMS - Assistência Multidisciplinar de Saúde, a que faço jus por ter cumprido as exigências normativas e por estar recebendo proventos de benefício previdenciário de pensão por morte do titular da AMS acima identificado.

9.3. Declaro que o dependente acima identificado foi incluído na AMS pelo beneficiário titular falecido, em vida, e encontrava-se ativo na data de seu óbito.

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

9.5. Autorizo o débito mensal, em meus proventos, através da Petros ou de boleto bancário, como forma de pré-pagamento dos serviços de saúde caracterizados como de Grande Risco. Estou ciente de que a contribuição mensal, para custeio do Grande Risco, será cobrada de acordo com a minha renda, minha faixa etária e a faixa etária de meus dependentes, se houverem, havendo ou não utilização da AMS.

9.6. Autorizo, também, o desconto, em meus proventos, da minha participação pecuniária nas despesas assistenciais de saúde caracterizadas como de Pequeno Risco quando tais serviços vierem a ser utilizados. Quando o atendimento de Pequeno Risco se der pela modalidade de Escolha Dirigida, a Petrobras efetuará o pagamento ao prestador de serviço de saúde, debitando, posteriormente, de meus proventos ou através de boleto bancário, o valor correspondente ao meu percentual de participação pecuniária.

9.7. Quando o atendimento de Pequeno Risco se der pela modalidade de Livre Escolha, a Petrobras poderá efetuar o reembolso parcial das despesas de minha responsabilidade, respeitando o percentual de participação e o referencial de preços praticados pela Companhia, desde que os procedimentos sejam cobertos pela AMS e que tenham sido cumpridas as normas de autorização prévia, conforme for o caso.

AMS – ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDEANEXO IV – Termo Solicitação de Inclusão_Manutenção_Exclusão da AMS_Titular
Aposentado_Pensionista_Anistiado

Corporativo

9.8. Comprometo-me a sempre informar toda alteração cadastral ou de dados bancários e atualização de endereço, bem como de meus dependentes.

9.9. Autorizo, também, o desconto, em meus proventos, da minha participação pecuniária nas despesas assistenciais de saúde caracterizadas como de Pequeno Risco quando tais serviços vierem a ser utilizados.

10. ESTOU CIENTE DE QUE:

10.1. A caracterização do tipo de dependente e as condições para elegibilidade são da alçada exclusiva da Petrobras para efeito de sua inclusão ou de manutenção na AMS.

10.2. Como pensionista não poderei reincluir dependente excluído por minha iniciativa ou por decisão da Petrobras.

10.3. É de minha responsabilidade que o dependente acima identificado utilize a AMS de forma devida. Sua utilização de forma indevida ou fraudulenta me sujeitará à aplicação das penalidades previstas na legislação penal vigente.

10.4. Somente poderão ser inscritos na AMS os Anistiados que já tenham migrado para o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e estejam recebendo seus proventos de aposentadoria através do referido Ministério.

10.5. Manter as informações cadastrais deste dependente atualizadas e comunicar qualquer alteração na condição de elegibilidade que implique na suspensão de seu direito à AMS. A não comunicação da alteração na condição que o elegeu como meu dependente será considerada pela Petrobras como infração e estarei sujeito às penalidades normativas da AMS.

10.6. Não é permitido ao pensionista incluir ou reincluir qualquer tipo de dependente, sendo, no entanto, permitida a exclusão de dependentes a qualquer tempo.

10.7. A exclusão de qualquer dependente da AMS poderá ser feita por minha vontade manifesta, através de declaração e justificativa por escrito. Deverei preencher e assinar o termo de responsabilidade para exclusão de dependente. A exclusão também poderá ocorrer por iniciativa da Petrobras, por motivo de infração ou fraude, o que ela poderá fazer a qualquer tempo, sem aviso prévio ou, ainda, nos casos em que cessarem as respectivas condições de elegibilidade, debitando todas as despesas efetuadas por esse dependente.

10.8. 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, não havendo cobrança da contribuição mensal do Grande Risco para esses dependentes.

10.9. Quando a cobrança das minhas despesas assistenciais ocorrer por boleto, a inadimplência, por 60 dias consecutivos ou não, implicará na suspensão da AMS pelo tempo em que permanecer inadimplente. Caso não efetue o pagamento em até 90 dias após a suspensão, o benefício será cancelado em definitivo.

10.10. A minha exclusão da AMS implica em quitação de todos os débitos existentes na AMS e exclusão de todos os meus dependentes inscritos na AMS.

10.11. 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

AMS – ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDEANEXO IV – Termo Solicitação de Inclusão_Manutenção_Exclusão da AMS_Titular
Aposentado_Pensionista_Anistiado**Corporativo**

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.

10.12. Utilizar a AMS de forma devida. A utilização de forma indevida ou fraudulenta, por mim ou por quaisquer de meus dependentes, implicará na aplicação das penalidades previstas na legislação penal vigente e nas normas da AMS.

10.13. Manter atualizadas minhas informações cadastrais e as de meus dependentes e comunicar qualquer alteração na condição de elegibilidade que implique na suspensão do direito ao uso da AMS. A não comunicação da alteração na condição que o elegeru como meu dependente será considerada, pela Petrobras, como uso indevido da AMS e estarei sujeito às penalidades normativas da AMS.

10.14. Caso o dependente venha a utilizar a AMS após a sua exclusão, arcarei, integralmente, com esta despesa, seja de Grande Risco ou Pequeno Risco. Também é considerada como infração a utilização da AMS de forma indevida ou fraudulenta, por mim ou por quaisquer de meus dependentes, implicando na aplicação das penalidades previstas na legislação penal vigente e nas normas da AMS.

10.15. Estar ciente das 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”*.

11. Declaro, sob as penas da legislação vigente, 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: _____