

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE MIGRAÇÃO PARA A
NOVA POLÍTICA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE



Eu, _____, portador(a) do CPF de nº _____, solicito a migração dos meus benefícios em saúde e de meus dependentes para o novo Sistema de Saúde FIBRACEM. Deste modo, renuncio aos eventuais direitos de acordo com a política anterior e declaro que estou ciente e tenho conhecimento das normas do Sistema de Saúde e da nova política dos benefícios em saúde da FIBRACEM.

Declaro que recebi as informações gerais sobre as novas regras dos benefícios e tenho acesso ao Manual do Beneficiário, onde estão detalhadas todas as normas e conceitos dos benefícios disponibilizados pela FIBRACEM, bem como o modelo de saúde, a política de gestão por orçamento e as regras de utilização dos benefícios.

Fui orientado(a) que o Manual do Beneficiário também pode ser consultado, a qualquer tempo, através do portal fibracem.viasaudegi.com.br, e que as novas regras passarão a vigorar em todos seus pagamentos, descontos e atendimentos realizados a partir de 01 de novembro de 2022 e da assinatura deste termo. Estou ciente também de que poderão ocorrer eventuais descontos ainda pendentes de acordo com as regras anteriores.

Desta forma, declaro que aceito e tenho conhecimento das novas regras dos benefícios oferecidos pela FIBRACEM

Curitiba, ___, de _____ de 202__.

Assinatura: _____