

Empresa <input type="checkbox"/> FURNAS <input type="checkbox"/> REAL GRANDEZA <input type="checkbox"/> ELETRONUCLEAR <input type="checkbox"/> _____		Condição do beneficiário do PLAMES <input type="checkbox"/> Ativo / Autopatrocinado <input type="checkbox"/> Assistido <input type="checkbox"/> Vesting / Vinculado / Transitório <input type="checkbox"/> Usuário independente		
Nome do titular ou usuário independente		Matrícula/DV -	Órgão	Telefone ou ramal (      )

**PLANOS:**    ☒ 1 BÁSICO      ☒ 2 ESPECIAL      ☒ 3 EXECUTIVO      ☒ 4 EXECUTIVO PLUS

A opção pelos planos BÁSICO e ESPECIAL só é válida para os beneficiários sem direito ao Programa de Assistência à Saúde das Patrocinadoras.

De acordo com o Art. 28 - Parágrafo Único do Regulamento Geral do PLAMES, o titular assistido que estiver inscrito simultaneamente como dependente de titular ativo poderá optar, em sua própria matrícula, pela inscrição em plano inferior ao dos inscritos como seus próprios dependentes, enquanto persistir seu vínculo com o titular ativo.

No caso de mudança para modalidade de plano superior, deverão ser cumpridas carências, de acordo com o Capítulo VI do Regulamento Geral do PLAMES.

Segundo o parágrafo 1º do Art.24, todos os beneficiários inscritos no grupo D, na qualidade de agregados, poderão integrar, em conjunto, modalidade diversa, desde que inferior, ao plano do Titular.

Mesmo que a alteração seja referente ao próprio beneficiário titular, é obrigatório o preenchimento do seu nome no quadro abaixo.

Relacione, abaixo, somente o(s) nome(s) do(s) usuário(s) a ser(em) alterado(s):

Item	Nome	Condição de dependência	Plano anterior	Plano atual	Reciprocidade
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Estando de acordo com o Regulamento Geral do PLAMES em vigor, solicito que seja(m) providenciada(s) a(s) movimentação(ões) em referência e autorizo a REAL GRANDEZA a processar as cobranças correspondentes.

**ATENÇÃO: Todas as movimentações efetuadas até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processadas no mesmo mês. Após essa data, serão processadas no mês seguinte.**

Assinatura do titular ou usuário independente	Data
---	------

**Término da carência (as despesas serão cobertas após o término da respectiva carência)**

Término da carência para internação hospitalar

Reservado à REAL GRANDEZA

Decisão sobre o pedido <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido <input type="checkbox"/> Sem alteração	Data	Assinatura
Observações		