

REQUERIMENTO

INCLUSÃO DE TITULAR E/OU DEPENDENTE

VIGÊNCIA 01/01/2024

A

SA.4 - Departamento de Gestão de Pessoas

Sra. Diretora,

Eu, _____ matrícula: _____,

CPF: _____ telefone () _____,

e-mail: _____, venho

requerer inscrição (consultar Quadro 1) : _____, no

Plano de Saúde (consultar Quadro 2) _____.

QUADRO 1

APTOS A SEREM INSCRITOS NO PLANO DE SAÚDE	
TITULAR	DEPENDENTE
Servidor Ativo	Espos(a), companheiro(a), Filho(a), enteado(a), Menor sob guarda, filho(a) inválido(a), solteiros e menores de 21 anos.

QUADRO 2

PRODUTO	ACOMODAÇÃO	COBERTURA	VALOR
SMART BÁSICO ENF	ENFERMARIA	GRUPO DE MUNICIPIOS	5% + R\$ 5,96 por dependente
SMART INTERMEDIÁRIO ENF	ENFERMARIA		Tabela de valores por faixa etária
SMART INTERMEDIÁRIO APTO	APARTAMENTO		
SMART ESPECIAL APTO	APARTAMENTO	NACIONAL	

DEPENDENTES:

1- Nome completo:	
Data de Nascimento:	CPF:
Nome da mãe:	Grau de Parentesco:
2 - Nome completo:	
Data de Nascimento:	CPF:
Nome da mãe:	Grau de Parentesco:
3 - Nome completo:	
Data de Nascimento:	CPF:
Nome da mãe:	Grau de Parentesco:

Ciente, que de acordo com a legislação vigente:

4.a - A INCLUSÃO de novos beneficiários (titulares ou dependentes), **EXCEPCIONALMENTE**, no período de 06 a 24 de novembro de 2023, será sem incidência de carência, com vigência a partir de 01 de janeiro de 2024.

4.e - A opção do titular por um dos planos contratados vinculará seus Dependentes.

6.d - Os servidores ocupantes de 2 (dois) cargos públicos municipais de provimento efetivo ativo deverão realizar o Termo de Opção em 1 (um) dos cargos, com a ciência de que, caso a opção seja pelo Plano SMART BÁSICO, o pagamento de 5% (cinco por cento) será incidente sobre os vencimentos dos 2 (dois) vínculos ativos;

6.f - A impossibilidade material ou legal do desconto em folha durante 2 (dois) meses, consecutivos ou não, importará no cancelamento da inscrição do titular e dependentes, sendo que eventual retorno ao plano estará condicionado à regularização dos débitos pendentes com a respectiva atualização monetária e juros, além do cumprimento dos prazos de carência.

São Bernardo do Campo, ____/____/____

Assinatura do (a) servidor (a)