



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Gestão de Pessoas - SEGEP

Departamento de Gestão de Contratos de Benefícios e Previdência Complementar – SEGEP-2

TERMO DE CIÊNCIA - PLANO MÉDICO

Eu, _____

admitido(a) na data de ____/____/____ para o cargo de _____

_____ sob matrícula nº _____, **estou**
ciente que a minha inscrição e de meus dependentes (se houver) no plano de saúde atualmente
oferecido pelo Município, sem incidência de carência, **deverá ocorrer em até 20(vinte) dias da**
presente data, com a entrega ou envio do requerimento próprio assinado, com opção do
plano de saúde e com cópia de todos os documentos necessários.

Após os 20(vinte) dias, a inscrição sem a incidência de carência, somente poderá ser efetuada
uma única vez ao ano, no último trimestre, em período determinado a ser publicado no Jornal
Notícias do Município, com vigência no primeiro dia do ano seguinte.

Para solicitar minha inscrição e de meus dependentes, devo encaminhar e-mail para:
planodesaude.rh@saobernardo.sp.gov.br, solicitando o requerimento próprio.

Documentos:

I. Titular:

- (1) Cópia simples da certidão de nascimento e/ou casamento;
- (2) Cópia simples do CPF, RG e Crachá frente e verso
- (3) Comprovante de residência.

II. Cônjuge:

- (1) Cópia simples da certidão de casamento, **atualizada de até 06 (seis) meses;**
- (2) Cópia simples do CPF e RG do cônjuge

III. Companheiro (a):

- (1) Comprovação do estado civil do Titular e do companheiro(a) por meio de cópia
simples de: certidão de casamento com averbação (divorciados/separados
judicialmente) e certidão de óbito (viúvos);
- (2) Cópia simples de **Escritura Declaratória de União Estável** emitida por Cartório,
inclusive para os casos de união homoafetiva, **atualizada de até 06 (seis) meses;**
- (3) Cópia simples do CPF e RG do(a) companheiro(a).

IV. Filhos SOLTEIROS até 21 (vinte e um) anos:

- (1) Cópia simples da Certidão de Nascimento.
- (2) Cópia simples do CPF e RG.

Obs.: A cartilha do beneficiário encontra-se disponível:

<https://www.saobernardo.sp.gov.br/web/servidor/area-do-beneficiario>

Assinatura do(a) servidor(a)