**TERMO DE ADESÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número do cartão** | **Nome** | **Grau de dependência** |
|  |  | **Titular** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Para uso do Plano SC Saúde:** |
| ( ) Nova adesão | ( ) Reassociação | ( ) Inclusão de dependente |
|  |
| **CAS:** | ( ) Florianópolis | ( ) Itajaí | ( ) Tubarão |
|  | ( ) Joinville | ( ) Criciúma | ( ) Rio do Sul |
|  | ( ) Blumenau | ( ) Lages | ( ) Joaçaba |
|  | ( ) Chapecó | ( ) Canoinhas | ( ) São Miguel do Oeste |
|  |
| Responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |
| --- |
| **TERMO DE ADESÃO AO PLANO SC SAÚDE** Pelo presente documento, apresento os dados para contratação do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina - Santa Catarina Saúde (abreviado como Plano SC Saúde), custeado pelo Fundo do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais. Declaro conhecer a Lei Complementar nº 306, de 21 de novembro de 2005 e o Decreto nº 621, de 26 de outubro de 2011, disponíveis no site <http://scsaude.sea.sc.gov.br/administrativo>. Declaro que estou ciente da legislação e normativas do Plano SC Saúde, estando de acordo com as cobranças de contribuição, coparticipação e ciente dos limites de carências e coberturas estabelecidas. |
| **DADOS DO CONTRATANTE** Razão Social: Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina Endereço: Rodovia SC 401, km 5, nº 4600 - Bairro Saco Grande II - 88032-000 - Florianópolis/SC Site: <http://scsaude.sea.sc.gov.br/administrativo> Ouvidoria: santacatarinasaude@sea.sc.gov.br Neste ato representado pelo administrador do Fundo do Plano de Saúde, Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Administração. |
| **DADOS DO PLANO** Percentual de coparticipação: até 30% Acomodação de internação: Coletiva Abrangência: Estado de Santa Catarina e cidades fronteiriças até 20 km, dentro do Território Nacional. Carência: De acordo com Decreto 621/2011, 24 horas após inscrição no plano (data de inclusão de acordo com o cronograma da folha de pagamento): urgência e emergência, consultas, exames laboratoriais e radiologia simples; 30 dias: fisioterapia, exames (exceto exames laboratoriais, radiologia simples, tomográficos e de ressonância magnética), procedimentos ambulatoriais (exceto quimioterapias, radioterapias, hemodiálises); 60 dias: exames tomográficos, exames de ressonância magnética, quimioterapias, radioterapias, hemodiálises, internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos quando em regime hospitalar ou em hospital dia; 270 dias: parto a termo. Os Segurados Dependentes, ao perderem tal condição (18 anos), serão liberados do período de carência quando solicitarem, num prazo máximo de 60 dias da sua exclusão, sua permanência como Segurado Agregado. |

|  |
| --- |
| **DADOS DO TITULAR** |
| **Nome completo:** |
| **Nome no cartão:** |
| **Sexo:**  | **Estado civil:** | **Data nascimento:** |
| **Nome da mãe:** |  |  |
| **Grau de instrução:**  |  |  |
| **DOCUMENTAÇÃO DO TITULAR** |
| **CPF:**  | **RG:** | **Data Exp. RG:** |
| **Órgão emissor:** |

|  |
| --- |
| **ENDEREÇO DO TITULAR** |
| **Tipo Logradouro:** |
| **Endereço:** |
| **Número:**  | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** |
| **Estado:**  | **CEP:** |
| **ENDEREÇO DE ENTREGA DO CARTÃO / CORRESPONDÊNCIA** |
| **Tipo Logradouro:** | **RG:** | **Data Exp. RG:** |
| **Endereço:** |
| **Número:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** |
| **Estado:** | **CEP:** |
| **CONTATO TELEFÔNICO DO TITULAR** |
| **Tipo: comercial** | **Núm:** | **Contato:** |
| **Tipo: celular** | **Núm:** | **Contato:** |
| **Tipo: recado** | **Núm:** | **Contato:** |
| **Tipo:**  | **Núm:** | **Contato:** |
| **E-MAIL DO TITULAR** |
| **E-mail principal:** |
| **E-mail secundário:** |
| **DADOS PROFISSIONAIS DO TITULAR** |
| **Contrato:** |  |
| **Código do Órgão:** |
| **Município de lotação:** |
| **Matrícula:** | **Inscrição:** |
| **Data de admissão:** | **Código de lotação:** |
| **Descrição:** |
|  |
| **DADOS DOS DEPENDENTES** |
| **Grau de Dependência:** |
| **Nome Completo:** |
| **Nome no Cartão:** |
| **Sexo:** | **Estado Civil:** | **Data nasc.:** |
| **Nome da mãe:** |
| **Grau de Instrução:** |
| **Profissão:** |
| **CPF:** | **RG:** | **Data de exped. RG:** |
| **Órgão emissor:** |
| **DNV:** |

**REFERÊNCIAS CONTRATUAIS**

Declaro que recebi a cópia do Termo de Adesão e tenho conhecimento de que a adesão ao plano é opcional. Declaro também ter ciência das coberturas e não coberturas e de todas as demais condições contratuais, conforme Lei Complementar nº 306/2005, Decreto 621/2011 e suas atualizações. O rol de procedimentos médicos está à disposição no site: <http://scsaude.sea.sc.gov.br/administrativo/>.

1. Os termos de adesão recebidos nos CAS (Centro de Atenção ao Segurado) até o dia 20 terão sua inclusão no plano a partir do 1º dia do mês subsequente. Exemplo: O termo recebido até 20/04 terá inclusão a partir de 01/05. O termo recebido a partir de 21/04 terá inclusão em 01/06. 2. Em toda reinclusão de segurado titular, será realizado levantamento de débitos anteriores, podendo ocorrer atraso no prazo estipulado no item acima.

3. No caso de ser proveniente de outro plano de saúde, anexe a Carta de Compra de Carência a este termo de adesão. Solicitações futuras não serão analisadas.

4. O segurado titular é responsável por informar o plano sobre alterações na condição de dependência dos segurados a ele vinculados. Exemplos: Se o segurado titular se separa, deve informar esse fato ao plano para exclusão do(a) esposo(a) ou companheiro(a). Se o filho agregado deixa de ser solteiro ou passa a exercer atividade laborativa ou receber pensão, o titular deve informar o plano para efetuar a exclusão desse dependente. **A não comunicação ao plano por parte do segurado titular torna-o responsável pelo pagamento do valor integral das despesas indevidamente realizadas pelos dependentes que deveriam ter sido excluídos.**

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

**DATA DE PREENCHIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura do Titular | Secretaria de Estado da Administração |
|  |  |

Solicite seu protocolo de entrega do termo de adesão para acompanhar o processo de inclusão.

**DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS**

TITULAR

• Cópia da Carteira de Identidade e do CPF.

• Cópia de comprovante de residência recente (até 60 dias) em nome do segurado titular (caso esteja em nome de terceiros, encaminhar também declaração do proprietário do imóvel ou da imobiliária, ou declaração do segurado titular registrada em cartório).

• Cópia de contracheque recente (até 60 dias) do segurado titular (tradicional ou emitido pela internet). • Declaração para Reingresso disponível no site do SC Saúde, caso o titular esteja retornando ao Plano SC Saúde. Obs: Se o titular estiver solicitando inclusão como licenciado, anexar também os seguintes documentos:

• Portaria de afastamento do segurado titular, comprovando que a solicitação de permanência no plano ocorreu em até trinta dias da data de publicação da portaria, inclusive nos casos de cessão sem ônus.

• Declaração para Licenciados disponível no site do SC Saúde.

ESPOSO(A)

• Cópia da carteira de identidade e do CPF do cônjuge.

• Cópia de certidão de casamento recente (até 6 meses).

• Cópia de contracheque recente (até 60 dias) do segurado titular (tradicional ou emitido pela internet).

• Cópia de contracheque recente (até 60 dias) do cônjuge quando este for servidor ou pensionista do Governo do Estado de Santa Catarina.

Secretaria de Estado da Administração

Diretoria de Saúde do Servidor

Gerência de Serviços de Saúde de Servidor