**TERMO DE ADESÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** | **Grau de dependência** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Para uso do Plano SC Saúde:** | | |
| ( ) Nova adesão | ( ) Reassociação | ( ) Inclusão de dependente |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **DADOS DO TITULAR** | | |
| **Nome completo:** | | |
|  | | |
| **Sexo:** | **Estado civil:** | **Data nascimento:** |
| **Nome da mãe:** |  |  |
| **CPF:** | **RG:** |  |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENDEREÇO DO TITULAR** | | | |
| **Tipo Logradouro:** | | | |
| **Endereço:** | | | |
| **Número:** | | | **Complemento:** |
| **Bairro:** | | | **Cidade:** |
| **Estado:** | | | **CEP:** |
| **ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA** | | | |
| **Tipo Logradouro:** | | | |
| **Endereço:** | | | |
| **Número:** | | | **Complemento:** |
| **Bairro:** | | | **Cidade:** |
| **Estado:** | | | **CEP:** |
| **CONTATO TELEFÔNICO DO TITULAR** | | | |
| **Celular** | **N:** | **( ) Autorizo contato via whatsApp neste número**  **( ) Autorizo contato via SMS neste número** | |
| **Residencial** | **N:** |  | |
| **Comercial** | **N:** |  | |
| **Recado**  **(Familiar)** | **N:**  **Contato:** | **( ) Autorizo contato via whatsApp neste número**  **( ) Autorizo contato via SMS neste número** | |
| **E-MAIL DO TITULAR** | | | |
| **E-mail principal: ( ) Autorizo contato** | | | |
| **E-mail secundário: (familiar) ( ) Autorizo contato** | | | |
| **Concordo em receber comunicações sobre o Plano SC Saúde nos contatos autorizados acima.**  **DADOS PROFISSIONAIS DO TITULAR** | | | |
| **Categoria (efetivo, comissionado, licenciado) :** | | | |
| **Código do Órgão:** | | | |
| **Órgão:** | | | |
| **Matrícula:** | | | **Inscrição:** |
|  | | | |
| **DADOS DOS DEPENDENTES** | | | |
| **Grau de Dependência:** | | | |
| **Nome Completo:** | | | |
|  | | | |
| **Sexo:** | **Estado Civil:** | **Data Nasc.:** | |
| **Nome da mãe:** | | | |
| **Profissão:** | | | |
| **CPF:** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grau de Dependência:** | | |
| **Nome Completo:** | | |
|  | | |
| **Sexo:** | **Estado Civil:** | **Data Nasc.:** |
| **Nome da mãe:** | | |
| **Profissão:** | | |
| **CPF:** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grau de Dependência:** | | |
| **Nome Completo:** | | |
|  | | |
| **Sexo:** | **Estado Civil:** | **Data Nasc.:** |
| **Nome da mãe:** | | |
| **Profissão:** | | |
| **CPF:** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grau de Dependência:** | | |
| **Nome Completo:** | | |
|  | | |
| **Sexo:** | **Estado Civil:** | **Data Nasc.:** |
| **Nome da mãe:** | | |
| **Profissão:** | | |
| **CPF:** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grau de Dependência:** | | |
| **Nome Completo:** | | |
|  | | |
| **Sexo:** | **Estado Civil:** | **Data Nasc.:** |
| **Nome da mãe:** | | |
| **Profissão:** | | |
| **CPF:** | | |

|  |
| --- |
| **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 , nominado como Plano SC Saúde , custeado pelo Fundo do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais. |
| **DADOS DO CONTRATADO**  Razão Social: Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina  CNPJ sob o nº 07.574.449/0001-02  Endereço: Centro Administrativo do Governo Rod. SC 401 - Km.5, Nº 4.600, Saco Grande – Florianópolis - Cep: 88032-900  Site: [http://scsaude.sea.sc.gov.br](http://scsaude.sea.sc.gov.br/administrativo)  O SC Saúde é plano de saúde fechado, de autogestão, disponibilizado somente para os servidores públicos e sem fins lucrativos, cuja natureza jurídica é de direito público. O SC Saúde possui seu próprio rol de procedimentos e por não se tratar de um plano de saúde privado, não está sujeito aos regramentos e obrigações disciplinadas pela Lei nº 9.656/1998 (ANS – Agência Nacional de Saúde). |
| **DESCRIÇÃO DO PLANO**  **Abrangência**: Estado de Santa Catarina e cidades fronteiriças até 20 km, dentro do Território Nacional.  **Valores**: coparticipação até 30% , contribuição 4,5% e contribuição 9% para Licenciados  Acomodação de internação: Coletiva  **Carências**: 24 horas: 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.  No caso de apresentação de Carta de Carência de outro Plano com validade de 60 dias no ato da adesão as carências serão abonadas.  **Cobertura:** o rol dos procedimentos médicos cobertos pelo Plano está à disposição no site: [http://scsaude.sea.sc.gov.br/](http://scsaude.sea.sc.gov.br/administrativo/) |

**REFERÊNCIAS CONTRATUAIS**

Os termos de adesão recebidos nos CAS (Centro de Atenção ao Segurado) até o dia 25 terão sua inclusão no plano a partir do 1º dia do primeiro mês subsequente, a partir do dia 26 serão incluídos para o segundo mês subsequente.

O segurado Licenciado fará o pagamento de contribuição e coparticipação mediante boleto bancário remetido via correspondência. O boleto possui data de vencimento prefixada para o dia 10 do mês subsequente ao mês de referência. Constitui obrigação do segurado licenciado efetuar o pagamento dentro do prazo, estando sujeito à cobrança de juros e multa pelo atraso no pagamento.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Declaro estar ciente que na reassociação de segurado titular ao Plano, será realizado levantamento de débitos anteriores e valores devidos serão apresentados para desconto, independente do meu retorno ao plano, sendo aplicados juros de mora e multa conforme Portaria Normativa 001/SEA/2007.

Declaro estar ciente que o segurado titular é responsável por informar o plano sobre alterações na sua condição (exoneração, licença, etc)) e na condição de dependência dos segurados a ele vinculados. A não comunicação ao plano por parte do segurado titular torna-o responsável pelo pagamento do valor integral das despesas indevidamente realizadas por ele e pelos dependentes que deveriam ter sido excluídos.

Autorizo expressamente a coleta, processamento, compartilhamento e divulgação de meus dados pessoais e de meus dependentes, incluindo os registrados no prontuário médico e/ou ficha médica e no perfil de saúde nos termos da Lei n.º 13.709 de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados, especificamente para fins relacionados às atividades do Plano SC Saúde.

Declaro conhecer a legislação que regulamenta o Plano SC Saúde sendo a Lei Complementar nº 306, de 21 de novembro de 2005 e o Decreto nº 621, de 26 de outubro de 2011 e suas atualizações disponíveis no site [http://scsaude.sea.sc.gov.br](http://scsaude.sea.sc.gov.br/administrativo), estando de acordo com as cobranças de contribuição, coparticipação,os deveres como segurado titular e ciente dos limites de carências e coberturas estabelecidas.

**DATA: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| Assinatura do Titular |  |
| Contratante | |  | |

Solicite seu protocolo de atendimento para acompanhar o processo de adesão ao Plano