



PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL

SERVIDOR ATIVO e INATIVO - TERMO DE ADESÃO ASSISTÊNCIA MÉDICA

Eu, _____, solicito inclusão e de meus dependentes legais, no Plano de Assistência Médica Hapvida, conforme “Cadastro do Plano de Saúde do Servidor”:

Declaro estar ciente que:

1. Todas as solicitações (inclusão, exclusão, opção de plano, segunda via da carteira, alteração cadastral) serão realizadas pelo servidor, exceto por impedimento médico, devidamente justificado ou por designado munido de procuração. As solicitações de movimentação devem ser realizadas, presencialmente, **na Subcoordenação Central de Benefícios do Servidor/ Plano de Saúde do Servidor Municipal, sito à Av. Joana Angélica, 399 – Nazaré, Térreo do Prédio do PREVIS;**
2. Cabe ao servidor titular o custo dos valores referentes aos dependentes incluídos;
3. A quantidade de dependentes incluídos ficará condicionada à capacidade de pagamento/margem para desconto;
4. Os descontos dos valores referentes à mensalidade do plano de saúde médico e/ou odontológico serão consignados em folha de pagamento;
5. A tabela do Plano de Saúde, abaixo, contém os valores máximos permitidos para desconto pela operadora do serviço médico, podendo variar conforme faixa etária de cada pensionista e total de seus proventos;
6. Em caso de falecimento do titular, ficam o (os) dependentes obrigados de comunicar o óbito, à Subcoordenação Central de Benefícios do Servidor/ Plano de Saúde do Servidor Municipal. A falta do comunicado do óbito, implicará na continuidade do desconto mensal atribuído e aplicação de penalidades, conforme legislação pertinente;
8. Alteração de telefone e/ou mudança de endereço, deverá de imediato ser comunicada à Subcoordenação Central de Benefícios do Servidor/ Plano de Saúde do Servidor Municipal.

Salvador, ____/____/____

Assinatura do Servidor

A tabela abaixo, exibe os valores máximos estabelecidos, conforme faixa etária. A depender do somatório do seu Salário+ Adicional por tempo de serviço+ Gratificação de competência, você poderá contribuir com um valor inferior ao estabelecido para a sua faixa etária.

Valores da Assistência Médica - HAPVIDA

Ano: 2017

Faixa etária	Valor Máximo Permitido
00 a 18 anos	R\$ 90,28 (noventa reais e vinte e oito centavos)
19 a 23 anos	R\$ 90,28 (noventa reais e vinte e oito centavos)
24 a 28 anos	R\$ 90,28 (noventa reais e vinte e oito centavos))
29 a 33 anos	R\$ 90,28 (noventa reais e vinte e oito centavos)
34 a 38 anos	R\$ 90,28 (noventa reais e vinte e oito centavos)
39 a 43 anos	R\$ 225,70(duzentos e vinte e cinco reais e setenta centavos)
44 a 48 anos	R\$ 225,70(duzentos e vinte e cinco reais e setenta centavos)
49 a 53 anos	R\$ 225,70(duzentos e vinte e cinco reais e setenta centavos)
54 a 58 anos	R\$ 225,70(duzentos e vinte e cinco reais e setenta centavos))
A partir 59 anos	R\$ 451,40 (quatrocentos e cinquenta e um reais e quarenta centavos)

Anotações:
