

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PARA O SERVIDOR

Versão 9.0



Notre Dame
Intermédica

Contrato IM 06/2021

1) QUEM É ELEGÍVEL AO PLANO:

I - Na qualidade de TITULARES:

1. O servidor ativo e o inativo da Administração Direta, Autárquica, Fundacional e da Câmara de Vereadores, do Município de São Bernardo do Campo, excetuados os servidores temporários;
2. Pensionistas atuais e futuros, desde que, na data do óbito do titular, estejam inscritos como dependentes no plano de saúde e que tenham direito à pensão perante o órgão competente do Município;
3. O Prefeito, o Vice-Prefeito, Vereadores e servidores ocupantes exclusivamente de cargos de provimento em comissão, enquanto permanecer o seu vínculo.

II- Na qualidade de DEPENDENTES dos beneficiários Titulares:

4. Cônjuge ou Companheiro(a), desde que comprove a união estável com o beneficiário titular, inclusive para os casos de união homoafetiva;
5. Filhos SOLTEIROS até a data que completarem 21 anos e não emancipados;
6. Filhos solteiros, definitivamente inválidos ou incapazes, de qualquer idade, avaliado por Junta Médica oficial do Município, desde que dependentes economicamente do segurado.

Nota: Equiparam-se a filhos, o enteado ou o filho do companheiro ou companheira do segurado, bem como o menor de 21 (vinte e um) anos de idade, sem recursos que, por determinação judicial, encontre-se sob tutela, ou guarda deste último, desde que comprovadamente dependente e sustentado pelo segurado, não seja credor de alimentos e não receba benefício do Município ou de outro regime de previdência.

2) DOS TIPOS DE PLANOS:

PRODUTO	PLANO	ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA
1	SMART BÁSICO IMASF CE ENF	ENFERMARIA	GRUPO DE MUNICIPIOS E BAIXADA SANTISTA
2	SMART INTERMEDIÁRIO IMASF CE ENF	ENFERMARIA	GRUPO DE MUNICIPIOS E BAIXADA SANTISTA
3	SMART INTERMEDIÁRIO IMASF CE APTO	APARTAMENTO	GRUPO DE MUNICIPIOS E BAIXADA SANTISTA
4	SMART ESPECIAL IMASF CE APTO	APARTAMENTO	NACIONAL

3) DAS CONTRIBUIÇÕES:

Produto 1			
VIGÊNCIA DA TABELA	A partir de 01 de outubro de 2023		
PLANO	SMART BÁSICO IMASF CE ENF		
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		
ABRANGÊNCIA	GRUPO DE MUNICIPIOS E BAIXADA SANTISTA		
TIPO DE BENEFICIÁRIO	TITULAR	DEPENDENTE	AGREGADO
VALOR POR VIDA (independente da faixa etária)	5% de desconto sobre o salário	R\$ 6,32 por Dependente	R\$ 283,23

Produto 2		
VIGÊNCIA DA TABELA	A partir de 01 de outubro de 2023	
PLANO	SMART INTERMEDIÁRIO IMASF CE ENF	
FAIXA ETÁRIA		
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	
ABRANGÊNCIA	GRUPO DE MUNICIPIOS E BAIXADA SANTISTA	
TIPO DE BENEFICIÁRIO	TITULAR	DEPENDENTE/AGREGADO
0 a 18 anos	33,57	144,22
19 a 23 anos	56,35	194,66
24 a 28 anos	64,07	230,05
29 a 33 anos	46,72	240,36
34 a 38 anos	27,09	248,39
39 a 43 anos	24,26	273,23
44 a 48 anos	78,57	355,19
49 a 53 anos	157,45	461,74
54 a 58 anos	268,32	600,27
acima de 59 anos	311,34	865,18

Produto 3			
VIGÊNCIA DA TABELA	A partir de 01 de outubro de 2023		
PLANO	SMART INTERMEDIÁRIO IMASF CE APTO		
FAIXA ETÁRIA			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		
ABRANGÊNCIA	GRUPO DE MUNICIPIOS E BAIXADA SANTISTA		
TIPO DE BENEFICIÁRIO	TITULAR	DEPENDENTE	AGREGADO
0 a 18 anos	66,69	177,38	235,13
19 a 23 anos	101,13	239,44	317,38
24 a 28 anos	116,99	282,97	375,09
29 a 33 anos	102,00	295,65	391,89
34 a 38 anos	84,21	305,51	404,98
39 a 43 anos	87,11	336,07	445,49
44 a 48 anos	160,26	436,88	579,13
49 a 53 anos	263,66	567,95	752,87
54 a 58 anos	406,39	738,34	978,72
acima de 59 anos	510,93	1.064,18	1.410,63

Produto 4		
VIGÊNCIA DA TABELA	A partir de 01 de outubro de 2023	
PLANO	SMART ESPECIAL IMASF CE APTO	
FAIXA ETÁRIA	SMART ESPECIAL IMASF CE APTO	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	
ABRANGÊNCIA	NACIONAL	
TIPO DE BENEFICIÁRIO	TITULAR	DEPENDENTE/AGREGADO
0 a 18 anos	132,08	242,73
19 a 23 anos	189,30	327,62
24 a 28 anos	221,21	387,18
29 a 33 anos	210,89	404,53
34 a 38 anos	196,74	418,04
39 a 43 anos	210,89	459,86
44 a 48 anos	321,19	597,81
49 a 53 anos	472,85	777,15
54 a 58 anos	678,35	1.010,30
acima de 59 anos	902,89	1.456,13

4) COMO PARTICIPAR

I – Da inclusão, alteração, exclusão e reinclusão no benefício

a) **A INCLUSÃO** de novos beneficiários (titulares ou dependentes) no Plano poderá ser formalizada em até 30 (trinta) dias contados do evento ensejador, sem incidência de carência, **com a entrega ou envio do requerimento próprio assinado, com opção do plano de saúde e com cópia de todos os documentos necessários detalhados no item 5**, nos seguintes casos:

- I. investidura no cargo;
- II. recondução;
- III. reintegração;
- IV. casamento;
- V. união estável;
- VI. nascimento de filhos; *
- VII. adoção;
- VIII. guarda e tutela de menor;
- IX. filhos inválidos;
- X. retorno de servidor em licença para tratar de assuntos particulares (art. 185, da Lei 1729/1968, art. 90, da Lei 2052/73 e Lei 4101/93), período inferior a 180 (cento e oitenta) dias;
- XI. retorno do serviço em licença por motivo de afastamento do cônjuge, funcionário civil ou militar (art. 167, II, da Lei 1729/1968).

Nota: A inclusão somente será formalizada, desde que o requerimento for preenchido por completo (demonstrando qual opção do plano), com todos os documentos necessários. O requerente deverá ficar atento ao e-mail e responder sempre que requisitado sob risco de cumprimento de carência.

b) Somente o TITULAR do benefício **pode solicitar a própria inclusão, alteração, exclusão ou reinclusão no Plano de Saúde, bem como a de seus Dependentes, mediante requerimento e cópia de documentos (item 5)**, encaminhando ao Departamento de Gestão de Pessoas – Plano de Saúde, endereço eletrônico: planodesaude.rh@saobernardo.sp.gov.br,

cujos efeitos serão produzidos no mês subsequente ao da data do protocolo do respectivo requerimento, **desde que realizado até às 17 horas, do dia 18 do mês corrente, exceto**

quando a data coincidir com final de semana, feriado e/ou ponto facultativo, a mesma será antecipada para o dia útil anterior ao dia 18 do mês.

I - O requerimento protocolado após o dia 18 do mês corrente, somente terá efeito no segundo mês subsequente ao recebimento do pedido.

Nota: Em caso de nascimento de filhos, para evitar a descontinuidade da assistência médica, o requerimento deverá ser encaminhado junto com a cópia da certidão de nascimento imediatamente após o fato ensejador (data de nascimento).

c) De acordo com o contrato vigente, a inclusão de Titular e Dependente, sem cumprimento de prazos de carência, poderá ser feita uma única vez ao ano, no último trimestre, em período determinado a ser publicado no Jornal Notícias do Município, com vigência no primeiro dia útil do ano subsequente.

d) Quaisquer adesões ao plano, excetuadas no período determinado do item 4 letras "a" e "c", conforme contrato vigente, deverão ser submetidas a análise da contratada, e seguir as devidas carências:

Carências		
ITENS	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
1	Atendimentos de urgência/emergência	24 horas
2	Consultas médicas – rede própria	30 dias
3	Consultas médicas – rede credenciada	30 dias
4	Exames simples – rede própria	30 dias
5	Exames simples – rede credenciada	180 dias
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – rede própria	180 dias
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – rede credenciada	180 dias
8	Demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – rede própria	180 dias
9	Demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – rede credenciada	180 dias
10	Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgia refrativa e obesidade mórbida	180 dias
11	Partos a termo	300 dias
12	Cobertura parcial temporária	720 dias

e) A opção do titular por um dos planos contratados vinculará seus dependentes.

f) Caso a solicitação de inclusão no Plano seja protocolizada e, verificada a ausência de documentos ou dados, a concessão do benefício será deferida somente após a regularização da documentação, sem efeito retroativo.

g) De acordo com o contrato vigente, as transferências entre planos somente poderão ser realizadas, uma única vez ao ano, no último trimestre, em período determinado a ser publicado no Jornal Notícias do Município, com vigência no primeiro dia útil do ano subsequente.

Nota: A transferência entre planos, somente será deferida para o servidor que possua margem para desconto em sua folha de pagamento.

h) As transferências entre planos tratadas do item “b” não se aplicam para os casos de beneficiários que se encontrarem internados, hipótese em que deverá realizar a Opção em até 15 (quinze) dias corridos após a alta médica hospitalar.

i) O beneficiário será **AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDO** do Plano, e a cobrança será cancelada no mês ou segundo mês subsequente, de acordo com a data de solicitação, conforme regras do item 4.I.b, visto que não é possível a cobrança proporcional ou devolução de valores, nas seguintes hipóteses:

I. Aos TITULARES, quando:

- (1) Solicitado pelo próprio beneficiário titular, por meio de Requerimento;
- (2) Da exoneração do cargo;
- (3) Da licença para tratar de interesses particulares (art. 185, da Lei 1729/1968, art. 90, da Lei 2052/73 e Lei 4101/93), período superior a 180 (cento e oitenta) dias;
- (4) Da licença por motivo de afastamento do cônjuge, funcionário civil ou militar (art. 167, II, da Lei 1729/1968),
- (5) Da Comunicação do Falecimento.

II. Aos seus DEPENDENTES e AGREGADOS, quando:

- (1) Nas hipóteses do item anterior;
- (2) A pedido do titular do Plano;
- (3) Para o cônjuge, pela separação judicial, divórcio ou anulação do casamento, não podendo ser oferecido a título de pensão para ex-cônjuge. O beneficiário titular poderá ter apenas um cônjuge/companheiro(a);
- (4) Para o(a) companheiro(a), com a dissolução da união estável;
- (5) Para os(as) filhos(as), enteados(as), tutelado(as), ao completarem 21 anos;
- (6) Para o menor sob guarda, pela cessação da tutela ou guarda;
- (7) Para os dependentes inválidos em geral, pela cessação da condição de invalidez.

Nota: É vedado ao futuro pensionista (que na data do óbito do titular, esteja inscrito como seu dependente no plano de saúde e que tenha direito à pensão perante o órgão competente do Município), a partir de 01/10/2021 a inscrição dos agregados, que estavam vinculados ao plano de saúde do servidor falecido.

j) Nos **PEDIDOS DE EXCLUSÃO** de beneficiários do Plano de Saúde contratado, a **cessação dos descontos** dos valores correspondentes a esse título será processada no mês subsequente ao protocolo do pedido, cujos efeitos serão produzidos no mês subsequente ao da data do protocolo do respectivo requerimento, desde que realizado até às 17 horas do dia 18 do mês corrente, **exceto quando a data coincidir com final de semana, feriado e/ou ponto facultativo, a mesma será antecipada para o dia útil anterior ao dia 18 do mês.**

I - O requerimento protocolado após o dia 18 do mês corrente, somente terá efeito no segundo mês subsequente ao recebimento do pedido.

Nota: A exclusão por motivo de óbito, seguirá as mesmas regras do item 4.j, não sendo possível a cobrança proporcional, nem devolução de valores.

l) O beneficiário ativo que tiver solicitado a exclusão do Plano de Saúde, e desejar a reinserção, estará sujeito às regras de carência estabelecidas, exceto se o retorno ocorrer no último trimestre, em período determinado a ser publicado no Jornal Notícias do Município, com vigência no primeiro dia útil do ano subseqüente.

Nota: É vedado ao titular do Plano manter outra inscrição no plano de saúde concomitante na condição de dependente, bem como manter dependentes, quando já inscritos, nesta condição, por outro titular.

5) DOS DOCUMENTOS PARA INCLUSÃO NO BENEFÍCIO

Para inclusão do Titular e dos Dependentes no Plano de Saúde serão necessários os seguintes documentos:

I. Titular:

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

II. Cônjuge:

- (1) Cópia simples da certidão de casamento, atualizada de até 06 (seis) meses;
- (2) Cópia simples do CPF do cônjuge; e
- (3) Cópia simples do 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 do(a) companheiro(a); e
- (4) Cópia simples do 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 RG; e
- (3) Cópia simples do CPF.

V. Filhos inválidos SOLTEIROS, sem limite de idade:

- (1) Cópia simples da Certidão de Nascimento;
- (2) Cópia simples do RG;
- (3) Cópia simples do CPF;
- (4) Documento expedido pela Junta Médica Oficial do Município de São Bernardo do Campo, atestando a condição de invalidez permanente do filho dependente;

- (5) Declaração assinada pelo titular do Plano, sob as penas da lei, atestando a dependência econômica do filho, bem como a permanência deste no estado civil solteiro, conforme previsão contida no item "f", II, do art. 3º.

VI. Menor sob a guarda do titular, SOLTEIRO até 21 (vinte e um) anos:

- (1) Cópia simples do Termo de Guarda. Se provisória, deverá ser comprovada a cada renovação, sob pena de supressão do benefício no mês subsequente à data de validade da guarda;
- (2) Cópia simples do RG;
- (3) Cópia simples do CPF; e
- (4) Cópia simples da Certidão Nascimento.

VII. Tutelados do titular SOLTEIRO, até 21 (vinte e um) anos:

- (1) Cópia de documentação comprobatória da tutela;
- (2) Cópia simples da Certidão de Nascimento;
- (3) Cópia simples do RG; e
- (4) Cópia simples do CPF.

VIII. Enteadado(a) SOLTEIRO, até 21 (vinte e um) anos:

• **Para servidores da PMSBC**

- (1) Estar inscrito como dependente do Servidor Titular no Departamento de RH da PMSBC;
- (2) Cópia simples da Certidão de Nascimento;
- (3) Cópia simples do RG;
- (4) Cópia simples do CPF;
- (5) Cópia simples do documento de identidade do cônjuge ou companheiro(a) genitor;

• **Para servidores da FDSBC, CMSBC e SBCPREV**

- (1) Cópia simples da Certidão de Nascimento;
- (2) Cópia simples do RG;
- (3) Cópia simples do CPF;
- (4) Cópia simples do documento de identidade do cônjuge ou companheiro(a) genitor;
- (5) Declaração de IRPF do titular requerente, constando o enteado como dependente ou cópia da declaração anual de isento;
- (6) Declaração de dependência econômica (com firma reconhecida e registrada em cartório);
- (7) Cópia da Decisão Judicial, se houver, ou de documento que demonstrem estar a guarda do(a) menor sob responsabilidade do(a) cônjuge ou companheiro(a) do(a) requerente.

6) DO CUSTEIO:

- a. Os custos assistenciais e administrativos do **Plano Smart Básico Imasf CE Enf.**, serão suportados pelos servidores ativos, aposentados e pensionistas nele inscritos através de desconto em folha de pagamento de 5% (cinco por cento) dos salários e o restante será de responsabilidade dos empregadores públicos municipais;
- b. **Para cada dependente** já inscrito ou que vier a ser inscrito no **Plano Smart Básico Imasf CE Enf.**, o titular contribuirá, mediante desconto em folha de pagamento, com o valor mensal



de **R\$ 6,32** (seis reais e trinta e dois centavos) corrigido na mesma proporção e data do reajuste geral dos servidores municipais;

- c. Os custos assistenciais e administrativos dos **Planos: Smart Intermediário Imasf CE Enf., Smart Intermediário Imasf CE Apto. e Smart Especial Imasf CE Apto.**, serão suportados pelos servidores ativos, aposentados e pensionistas nele inscritos através de desconto em folha de pagamento, correspondente à **faixa etária** do titular e seus dependentes, conforme tabelas constantes do item 3 acima, assim como, o restante será de responsabilidade dos empregadores públicos municipais;
- 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 Imasf CE Enf, o pagamento de 5% (cinco por cento) será incidente sobre os vencimentos dos 2 (dois) vínculos ativos;
- e. A Administração (Direta, Autárquica, Fundacional e Câmara de Vereadores) subsidiará, de forma escalonada e de acordo com a faixa etária do beneficiário titular, parte do valor do custo com a assistência médica, cabendo a tal beneficiário o custeio da outra parte;
- f. O Prefeito, o Vice Prefeito e os Vereadores, bem como seus dependentes, terão o direito ao plano de saúde, contribuindo mensalmente com valores constantes na tabela de dependente/agregado, de acordo com a faixa etária e do plano escolhido;
- g. 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;
- h. Para os **“ex-servidores” e “agregados”** cadastrados no IMASF até 04/08/2021 e que permaneceram no plano de saúde, a falta de pagamento das contribuições mensais, realizadas através de Guia de Arrecadação Municipal - GAM por 2 (dois) meses, consecutivos ou não, importará no cancelamento definitivo do plano de saúde.
- i. Para os servidores ativos, inativos, pensionistas e dependentes, a falta de pagamento das contribuições mensais, realizadas através de Guia de Arrecadação Municipal - GAM por 2 (dois) meses, consecutivos ou não, importará no cancelamento do plano de saúde, 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.

7) DAS OUTRAS INFORMAÇÕES:

a) Os “agregados” e “assistidos” previstos nos artigos 6º e 6º A, da Lei 4.831, de 22 de dezembro de 1999, e **cadastrados até 04/08/2021** com essa denominação nos Planos de Saúde até então fornecidos pelo IMASF, poderão optar por um dos planos contratados por meio do Pregão Eletrônico nº 01/2021 e descritos no art. 1º do presente normativo, **não sendo permitidas novas adesões a essas categorias.**

I - Nos casos acima citados, a opção por um dos planos contratados dar-se-á, obrigatoriamente, no mesmo plano do titular, conforme previsão no item 4, I, “e”.

b) Os “ex-servidores” previstos na Lei 4.831, de 22 de dezembro de 1999, e **cadastrados até 04/08/2021** com essa denominação nos Planos de Saúde até então fornecidos pelo IMASF, poderão optar por um dos planos contratados por meio do Pregão Eletrônico nº 01/2021 e

descritos no art. 1º do presente normativo, **não sendo permitidas novas adesões ou inclusão de dependente a essa categoria.**

c) Quando a parcela relativa ao Plano de Saúde for incompatível com a remuneração do titular, ou seja, sem margem para desconto em folha de pagamento, deverá imediatamente realizar as readequações, seguindo as opções:

- I – Solicitar alteração da forma de pagamento para emissão de Guia de Arrecadação (GAM), para arcar com as despesas relativas ao (s) **dependentes (s)**;
- II – Optar pelo cancelamento do adiantamento salarial.

d) A falta de desconto na folha de pagamento do servidor, da parcela mensal do Plano de Saúde, será automaticamente cobrada através de GAM (boleto), com vencimento todo dia 05 do mês subsequente.

- I - No caso acima citado, a GAM (boleto) estará disponível no site da PMSBC <https://www.saobernardo.sp.gov.br/web/sbc/consultar-debitos>

e) A alteração e atualização de dados cadastrais, em especial a que implique em exclusão de beneficiário, por motivo de óbito, separação, É DE TOTAL RESPONSABILIDADE DO TITULAR, que responderá por eventual ressarcimento pecuniário da parte patronal, a ser consignado em folha de pagamento.

- I – Deverá o titular do plano comunicar em até 30 (trinta) dias do fato gerador a exclusão do beneficiário dependente;
- II – A não comunicação implicará em eventual ressarcimento pecuniário, em especial, referente a parte patronal do plano SMART BÁSICO.

f) LICENÇA PARTICULAR

- I – O servidor que solicitar licença particular, (art.185, da Lei 1729/1968, art.90 da Lei 2052/73 e Lei 4101/93), por período de até 180 (cento e oitenta) dias improrrogáveis, poderá manter sua inscrição e de seus dependentes e/ou agregados já inscritos no plano de saúde, de acordo com suas faixas etárias, com os valores constantes na tabela de agregado, recolhendo mensalmente através de GAM-Guia de Arrecadação Municipal a ser informada pelo Departamento de Gestão de Pessoas;
- II – O servidor deverá se manifestar pela continuidade do Plano de Saúde, no momento em que solicitar a licença particular de até 180 (cento e oitenta) dias;
- III– O servidor que optar pela **NÃO CONTINUIDADE** do **Plano de Saúde** durante a licença particular de até 180 (cento e oitenta) dias ou, caso a licença particular seja superior a 180 (cento e oitenta) dias, ao retornar a suas atividades laborais, poderá formalizar seu retorno e de seus dependentes ao plano, sem cumprimento de carências.
Ressaltamos que não será permitido o retorno dos agregados e dos dependentes que não estiverem previstos no Item 1.I, das normas vigentes.



g) SERVIDOR VINCULADO AO REGIME CELETISTA (CLT) – LICENÇA MÉDICA

I – O servidor, vinculado ao Regime Celetista, ao se afastar por problemas de saúde, passará a receber o seu vencimento pelo **INSS**, impossibilitando o desconto do plano de saúde, devendo assim solicitar a continuidade do Plano de Saúde, recolhendo a contribuição mensalmente através de GAM – Guia de Arrecadação Municipal.

a) No caso acima, o servidor deverá solicitar a continuidade do Plano de Saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do evento ensejador;

b) O servidor que optar pela **NÃO CONTINUIDADE** do **Plano de Saúde** durante a licença médica, ao retornar a suas atividades laborais, poderá formalizar seu retorno e de seus dependentes ao plano, sem cumprimento de carências.

Ressaltamos que não será permitido o retorno dos agregados e dos dependentes que não estiverem previstos no Item 1.I, das normas vigentes.

c) A falta de manifestação do servidor pela continuidade do Plano de Saúde, acarretará em seu CANCELAMENTO.

h) SERVIDOR APOSENTADO E PENSIONISTA VINCULADO À PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO

I – Aquele que, ao se aposentar, não estiver inscrito em um dos planos oferecidos pelo Município, não poderá fazê-lo após a aposentadoria;

II – Os beneficiários aposentados e pensionistas que solicitarem o desligamento do Plano de Saúde, oferecido pelo Município, não terão direito a retorno;

III – O beneficiário aposentado poderá incluir dependente, seguindo as regras do item 1-II;

IV – Ao beneficiário pensionista é vedada a inclusão de novo dependente.

i) SERVIDOR APOSENTADO VINCULADO AO REGIME CELETISTA (CLT)

I – O servidor, vinculado ao Regime Celetista, ao se **APOSENTAR POR INVALIDEZ**, pelo **INSS**, deverá solicitar a continuidade do Plano de Saúde, recolhendo a contribuição integral mensalmente através de GAM - Guia de Arrecadação Municipal.

a) No caso acima, o servidor deverá solicitar a continuidade do Plano de Saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do evento ensejador;

b) A falta de manifestação do servidor pela continuidade do Plano de Saúde, acarretará em seu CANCELAMENTO.

II – O servidor, vinculado ao Regime Celetista, que está aposentado pelo INSS Antes de 12/11/2019 e continua exercendo suas atividades laborais, mantendo o seu vínculo de trabalho com o Município, poderá continuar com o Plano de Saúde;

- a) No caso acima, ao servidor que solicitar a demissão para se desligar do quadro de servidores da PMSBC, não será permitida a continuidade do plano de saúde na condição de ex-servidor.
- III - O servidor, vinculado ao Regime Celetista, ao se aposentar pelo INSS, a partir de 12/11/2019, de acordo com o Decreto nº 22.313, de 01/06/2023, que regulamentou a aplicação da Emenda Constitucional nº 103, de 12/11/2019, terá direito à continuidade do plano de saúde em que se encontrar, na modalidade DAP, assumindo o pagamento integral, observando as condições, regras, valores por faixa etária, disponibilizados pela Operadora.
- a) No caso acima, ao servidor que solicitar a continuidade do plano de saúde, pela modalidade DAP. A mensalidade será cobrada diretamente ao servidor aposentado, via boleto bancário, enviado pela Operadora de Saúde, no endereço informado na documentação entregue à operadora e, durante o período de manutenção do plano (DAP), para maiores informações, o servidor aposentado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da Operadora.
- j) Os beneficiários que são funcionários com vínculo ativo dos Entes da Câmara, Faculdade de Direito e SBCPREV, deverão seguir as mesmas regras.
- l) Qualquer solicitação, deverá ser realizada pelo TITULAR DO BENEFÍCIO.
- m) O requerimento poderá ser entregue:
- I – PRESENCIALMENTE: Atendimento ao Servidor:
- Praça Samuel Sabatini, 50 – Térreo – Centro – S.B. do Campo,
de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h.
- II – ELETRONICAMENTE: planodesaude.rh@saobernardo.sp.gov.br
- n) Os casos omissos serão resolvidos pelo Gestor do Contrato firmado com a Operadora de Saúde, seguindo inclusive, os critérios estabelecidos pela Lei Federal nº 9.656/98 e Resoluções/Instruções da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**Departamento de Gestão de Pessoas
Plano de Saúde**