|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Universidade Federal de Santa Catarina - UFSCSecretaria de Gestão de Pessoas – SEGESPDepartamento de Atenção à Saúde – DASDivisão de Saúde Suplementar – DSSUwww.planodesaude.ufsc.br | **Data: / /**  |

**TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pensionista, registrado no SIAPE sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_ e na UFSC sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho através deste instrumento solicitar adesão ao plano de saúde oferecido pela UFSC/Unimed Grande Florianópolis através do contrato 010/2014 e em conformidade com o estabelecido na Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5 de 11 de outubro de 2010.

1. Conforme Lei nº9.656/98 e RN 279/11 declaro que tomei conhecimento das tabelas de preços com os valores pactuados entre a Unimed Grande Florianópolis e Universidade Federal de Santa Catarina e os valores por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. As tabelas de preços dos planos e as tabelas de co-participação encontram-se disponíveis para consulta na página: [www.planodesaude.ufsc.br](http://www.planodesaude.ufsc.br)
2. Conforme Art. Nº 25 da RN 195/09, declaro que recebi o manual de orientação para contratação de planos de saúde e o Guia de Leitura Contratual. O referido manual e o Guia de Leitura Contratual encontram-se disponíveis para consulta na página: [www.plano](http://www.plano)desaude.ufsc.br/contrato-e-legislacao.
3. Declaro estar ciente das condições estabelecidas no contrato 010/2014 e faço a opção pelo tipo de plano abaixo assinalado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  BásicoANS nº 435.386/01-2Código Unimed 0152 | [ ]  Tipo 1 ANS nº 435.419/01-2Código Unimed 0139 | [ ]  Tipo 2ANS nº 435.389/01-7Código Unimed 4246 | [ ]  Tipo 3ANS nº 435.416/01-8Código Unimed 4248 |
| [ ]  Básico PlusANS nº 435.386/01-2Código Unimed 0144 | [ ]  Tipo 1 PlusANS nº 435.419/01-2Código Unimed 0154 | [ ]  Tipo 2 PlusANS nº 435.389/01-7Código Unimed 4247 | [ ]  Tipo 3 PlusANS nº 435.416/01-8Código Unimed 4249 |

Assinatura do Servidor(a) Titular