

**TERMO DE RATIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE TITULAR
PLANO MÉDICO HOSPITALAR SANTA CASA SAÚDE DE PIRACIABA: SAÚDE IDEAL COLETIVO
EMPRESARIAL STANDARD**

EU **xxxxxx**, portador (a) do Documento de Identidade nº **xxxxxx**, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº **xxxxx**, matrícula nº **xxxxx**, servidor(a) público(a) municipal, **RATIFICO** minha **OPÇÃO** pelo **PLANO MÉDICO HOSPITALAR: SI-STD** e **AUTORIZO** a Prefeitura do Município de Tietê a promover o desconto mensal no valor de **R\$ 6,95 (Seis reais e noventa e cinco centavos)** em minha folha de pagamento, a partir de **1º de outubro 2016**, referente à **Taxa de Contribuição Mensal**, correspondente a **5% (cinco por cento)** do valor do referido plano, bem como o valor da **CO-PARTICIPAÇÃO** de acordo com o **item 18.7.2 – letra a, do Contrato nº 40/2016**.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO - PLANO MÉDICO HOSPITALAR DA SANTA CASA SAÚDE DE PIRACIABA
SAÚDE IDEAL COLETIVO EMPRESARIAL STANDARD**

Pelo presente termo de responsabilidade, o titular abaixo assinado está ciente de que no ato do recebimento do(s) **CARTÃO(ES) DO CONVENIO MÉDICO SI-STD** da **SANTA CASA SAÚDE DE PIRACIABA COM CO_PARTICIPAÇÃO** para o seu uso, estará assumindo também os compromissos abaixo relacionados:

1. É obrigatória a apresentação do Cartão de Identificação juntamente com um documento pessoal com foto, sempre que houver necessidade de utilização dos serviços contratados;
2. O Cartão de Identificação será utilizado exclusivamente pelo beneficiário, sendo expressamente vedada sua utilização por terceiros;
3. A declaração falsa ou uso indevido do cartão constitui falta grave, implicando na suspensão e/ou cancelamento do convênio sem prejuízo da adoção das medidas legais através de apuração por Processo Administrativo Disciplinar.
4. Ocorrendo perda ou extravio do Cartão de Identificação, o beneficiário deverá comunicar imediatamente ao Departamento de Gestão de Pessoal, através de Protocolo, pedindo a emissão da 2ª via, que terá um custo exigido pela Santa Casa Saúde no valor de **R\$ 15,00 (quinze reais)**, corrigidos anualmente;
5. A alteração de nome ou qualquer outra informação deverá ser solicitada pelo próprio beneficiário através de Protocolo e, no caso de emissão da 2ª via do cartão com as alterações solicitadas, será cobrado pelo Convênio Santa Casa Saúde, o valor constante no item 4;
6. Devolver o Cartão de Identificação imediatamente, sempre que houver solicitação do órgão responsável, no caso de demissão/exoneração ou desistência do Plano;
7. Em caso de danos por dolo ou uso indevido, a empregadora procederá ao desconto do prejuízo sofrido, nos termos do art. 462 da CLT aos empregados públicos e art. 64 da Lei Complementar nº 11/2014, aos servidores públicos estatutários, mediante Processo Administrativo Disciplinar.

Declaro que recebi cópia da **Instrução Normativa SAM/DGP nº 01/2016, de 19/09/2016**, a qual poderá ser consultada no sítio eletrônico da Prefeitura do Município de Tietê.

Declaro também que retirei neste ato o(s) CARTÃO(es) de Identificação Convênio.

Tietê, 01 de outubro de 2016.

nome
(Assinatura por extenso)