



FUNDAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE SOROCABA

Instruções para Preenchimento:

- Se optar pela Contribuição para Assistência à Saúde da FUNSERV, preencher somente a **Declaração de Opção para Assistência à Saúde**.

- Se preferir manifestar-se no prazo de 60 dias, preencher somente o **Termo de Responsabilidade e Compromisso**.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Eu, _____, nomeado em
___/___/___ para o Cargo _____, lotado na Secretaria
_____, declaro para todos os fins:

1. Que nesta data opto pela **CONTRIBUIÇÃO**, aderindo a Assistência à Saúde da FUNSERV de acordo com a Lei Municipal nº 13.151/2025, com redação dada pelas Leis 10965/2014, 11752/2018 e 12299/2021, autorizando desde já o desconto em folha e também para meus dependentes abaixo:

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO – ART. 4º, inciso II, alínea a

Nome: _____

**FILHO NATURAL OU ADOTIVO, MENOR DE 25 ANOS NÃO EMANCIPADO, OU INVÁLIDO – ART. 4º,
inciso II, alínea b**

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

RUBRICA _____

2. Declaro, ainda, estar ciente em relação ao cumprimento das carências vigentes nesta data, para realizar procedimentos oferecidos pelo serviço de Assistência à Saúde, a contar a partir da data em que efetuar o primeiro recolhimento integral da contribuição à Saúde, conforme tabela abaixo:

PERÍODO	CARÊNCIA
90 DIAS	Para consultas, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais e pronto atendimento de urgência e emergência;
180 DIAS	Para internações hospitalares, exceto para internações obstétricas;
300 DIAS	Para internações obstétricas;
24 MESES	Para realização de cirurgias plásticas reparadoras.

Fonte: Art. 3º do DECRETO Nº 22.511, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2016.

3. Declaro, ainda, que é de minha inteira responsabilidade acessar o portal da FUNSERV (<https://funservsorocaba.sp.gov.br/protocolo>) no prazo máximo de 90 dias a contar desta adesão, para efetivação de meu cadastro na Assistência à Saúde, com a apresentação dos seguintes documentos:

- Declaração de Opção para a Assistência à Saúde;
- Certidão de nascimento ou casamento do titular;
- Certidão de nascimento dos filhos (ATUALIZADA se o(a) filho(a) for maior de 16 anos);
- RG e CPF do titular e dos dependentes
- Em caso de dependente por união estável, deverão ser apresentados também certidão de nascimento ATUALIZADA, emitida há no máximo 2 anos, do titular e do companheiro, e mais 4 documentos comprobatórios da união estável;

4. Estou ciente de que a não efetivação do cadastro na FUNSERV no prazo acima mencionado, bem como a não apresentação da documentação disposta acima em qualquer tempo, não acarretará na devolução dos valores descontados para a Assistência à Saúde.

5. Estou ciente de que após a efetivação do cadastro com a documentação acima descrita e após o cumprimento dos prazos de carência, os cartões estarão disponíveis para retirada na recepção da FUNSERV.

6. Estou ciente, ainda, de que eventual requerimento de cancelamento da Assistência à Saúde deverá ser efetuado por meio do atendimento online da FUNSERV no site <https://funservsorocaba.sp.gov.br/protocolo>

Sorocaba, ____ de _____ de _____.

Assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

Eu, _____ me comprometo e me responsabilizo em preencher e manifestar minha opção pela **Contribuição** à Assistência à Saúde da FUNSERV, no prazo máximo de **180 dias a contar da data de entrada em exercício**, no dia ____ / ____ / _____. Declaro ainda estar ciente de que as solicitações feitas no período compreendido entre o 61º e 180º dia do fato gerador da aquisição da condição de dependente estarão sujeitas a uma cobrança adicional de 15% da base contributiva do titular, que ocorrerá junto ao primeiro mês de contribuição.

Estou ciente que após este prazo não será mais possível optar pela contribuição da Assistência à Saúde, conforme Lei 13.151/2025.

Sorocaba, ____ de _____ de _____.

Assinatura