



## REQUERIMENTO DE ADESÃO/INCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE DADOS DO PLANSÁUDE PARA O SERVIDOR ATIVO E INATIVO



Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente e sem rasuras.

Nome do Servidor:				*Matrícula:		*CPF:	
Cargo Efetivo:		Cargo em Comissão:		Símbolo do Cargo:		Data da Admissão:	
Órgão:			Lotação:			Data de Nascimento:	
Sexo:	RG Número:	Órgão Emissor/UF:	Data de Expedição:	Endereço:			
Bairro:		Cidade:		Estado:		CEP:	
Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	Celular:		E-mail:		Estado Civil :	
Nome da Mãe:				Venho requerer: (marque apenas uma opção)			
				<input type="checkbox"/> ADESÃO		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO – TITULAR PARA DEPENDENTE	
				<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)		<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE VÍNCULO (PODER)	
				<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO CADASTRAL. MOTIVO: _____			

### DADOS DOS DEPENDENTES (a relação de documentos encontra-se no anexo deste requerimento)

**Obs importante: O dependente que perceba remuneração superior ao titular, não poderá ser inscrito como dependente.**

DADOS DOS DEPENDENTES (a relação de documentos encontra-se no anexo deste requerimento)						
Obs importante: O dependente que perceba remuneração superior ao titular, não poderá ser inscrito como dependente.						
1	Nome:			Sexo:	Código da Dependência:	Data de Nascimento:
	CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:		
2	Nome:			Sexo:	Código da Dependência:	Data de Nascimento:
	CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:		
3	Nome:			Sexo:	Código da Dependência:	Data de Nascimento:
	CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:		
4	Nome:			Sexo:	Código da Dependência:	Data de Nascimento:
	CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:		

Com adesão, o titular ficará vinculado ao Plano por, no mínimo, 12 (doze) meses e caso ocorra o desligamento relativo a **exoneração ou falecimento**, será procedido a verificação dos débitos e a efetiva negociação ou quitação.

**A exclusão a pedido** gera ao titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas com ele e seus dependentes, nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período.

**AUTORIZAÇÃO:** Autorizo a consignação em folha de pagamento da taxa de inscrição, contribuição mensal, contribuição de dependentes indiretos (se houver), da participação total ou parcelada, e de eventuais valores resultantes de cobranças a menor, de atrasos no pagamento ou decorrente de qualquer outro motivo relacionado a erro de lançamento.

**Declaro** que recebi, li e compreendi as informações contidas no rol para adesão junto ao PLANSÁUDE, que tenho conhecimento de que todas as regras de funcionamento do Plano se encontram na Lei 2.296/10, suas alterações e regulamentos, que se encontram no site [www.secad.to.gov.br](http://www.secad.to.gov.br), e, que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de qualquer declaração inverídica pode vir a caracterizar crime de falsidade ideológica.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor Titular

**Uso exclusivo do PLANSÁUDE, para controle do recebimento, cadastro e conferência do respectivo requerimento.**

Responsável	Data do Receb.	Digitador:	Data do Cadastro:	Nº do Prontuário:	Conferente:	Data da Conferência:
-------------	----------------	------------	-------------------	-------------------	-------------	----------------------

----- destacar aqui -----



## COMPROVANTE DE ADESÃO/INCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE DADOS DO PLANSÁUDE PARA O SERVIDOR ATIVO E INATIVO



Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente e sem rasuras.

Nome do Servidor:					
Venho requerer: (marque apenas uma opção)					
<input type="checkbox"/> ADESÃO		<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)		<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE VÍNCULO (PODER)	
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO CADASTRAL		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO – TITULAR PARA DEPENDENTE			
NOME DOS DEPENDENTES					
1					
2					
3					
4					
Local e Data: _____					
Carimbo/Data/Assinatura do Responsável pelo Recolhimento das informações					

## ANEXO I - INSTRUÇÕES GERAIS DO PLANSÁUDE

**ADESÃO:** Preencher todos os campos do formulário, *anexar cópia do último contracheque ou no caso de servidor recém-contratado declaração de exercício emitida pelo RH*, juntamente com a cópia do CPF, RG e comprovante de endereço recente, autenticados em cartório, ou carimbo de confere com original do PLANSÁUDE ou dos Recursos Humanos do Órgão de lotação, datado e assinado.

**INCLUSÃO DE DEPENDENTE** – Identificar os dados do servidor titular e do(s) dependente(s), anexando documentos comprobatórios.

### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS QUE COMPROVA O TIPO DA DEPENDÊNCIA

*As cópias deverão ser autenticadas em cartório, ou carimbo de confere com original do PLANSÁUDE ou dos Recursos Humanos do Órgão de lotação, datados e assinados, caso contrário será INDEFERIDO o pedido.*

CÓD.	DEPENDENTES DIRETOS	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
1	<b>CÔNJUGE</b>	a) - Certidão de Casamento, RG e CPF do dependente.
2	<p><b>COMPANHEIRO</b> Para fins de comprovação da dependência apresentar, CPF e RG e, <b>pelo menos, mais dois</b> documentos relacionados ao lado:</p> <p>União estável, é aquela configurada na convivência Pública, contínua e duradora e estabelecida entre homem e mulher, com objetivo de constituição de família. “(*) Entende-se como comprovante de residência ou de domicílio contas de concessionárias de serviços públicos, extratos bancários (cartão de crédito), contrato de aluguel onde conste o nome do titular ou companheiro; na falta desses, declaração emitida pelo cartório com fé pública”.</p>	a) - Certidão de Nascimento de filho havido entre estes em comum; b) - Certidão de Casamento religioso; c) - Declaração de Imposto de Renda do ano anterior em que conste o companheiro(a) como dependente; d) - Comprovante de conta bancária conjunta recente; e) - Comprovante de mesmo domicílio, sendo um em nome do requerente e outro em nome do companheiro(a); (*) f) - Apólice de seguro em que conste o companheiro (a) como dependente; g) - documento de propriedade de bem móvel ou imóvel em nome dos companheiros, h) - Declaração de união estável feita em cartório (fé pública) recente; i) - Sentença judicial declaratória;
3	<b>FILHO(A) MENOR DE 18 ANOS NÃO EMANCIPADO(A), INCLUSIVE NO CURSO DE PROCESSO DE ADOÇÃO</b>	a) - Certidão de Nascimento do dependente; b) - CPF e RG do dependente (caso tenha); c) - Comprovante do andamento do processo de adoção, se for o caso.
4	<b>FILHO(A) CURATELADO(A), DESDE QUE A INCAPACIDADE TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE</b>	a) - Certidão de Nascimento do dependente; b) - Sentença de Curatela; c) - Comprovante de invalidez na menor idade, expedido por médico especialista, com CRM devidamente comprovado; d) - CPF e RG (caso tenha).
5	<b>FILHO(A) OU ENTEADO(A) INVÁLIDO(A), MAIOR DE DEZOITO ANOS, DESDE QUE A INVALIDEZ TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE</b>	a) - Certidão de Nascimento, CPF e RG do dependente; b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente; c) - Atestado Médico ou Laudo, expedido por médico especialista, com CRM devidamente comprovado, juntamente com exames complementares recentes que comprovem a incapacidade na menoridade.
6	<b>ENTEADO(A) MENOR 18 ANOS NÃO AMANCIPADO(A)</b>	a) - Certidão de Nascimento do dependente; b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente; c) - CPF e RG do dependente (caso tenha).
7	<b>MENOR SOB TUTELA OU GUARDA JUDICIALMENTE DECRETADA</b>	a) - Certidão de Nascimento do menor; b) - Sentença de Guarda, ainda que provisória ou Tutela.
CÓD.	DEPENDENTES INDIRETOS	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
8	<b>FILHO(A) OU ENTEADO (A) MAIOR DE 18 E MENOR DE 21 ANOS</b>	a) - Certidão de Nascimento, CPF e RG do dependente; b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente.
9	<b>PAIS</b>	a) - Certidão de Nascimento ou carteira de identidade do Titular; b) - CPF e RG do dependente.
10	<b>IRMÃO(A) NÃO-EMANCIPADO(A) MENOR DE 18 ANOS</b>	a) - Certidão de Nascimento ou RG do Titular; b) - Certidão de Nascimento, CPF e RG do dependente.
11	<b>IRMÃO(Ã) SOLTEIRO(A), INVÁLIDO(A) OU INCAPAZ MAIOR DE 18 ANOS, DESDE QUE A INVALIDEZ OU INCAPACIDADE TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE</b>	a) - Certidão de Nascimento ou RG do Titular; b) - Atestado Médico ou Laudo, expedido por médico especialista com CRM devidamente comprovado, juntamente com exames complementares recentes que comprovem a incapacidade na menoridade; c) - Certidão de Nascimento, CPF e RG do dependente.

### COMPROVAÇÃO PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DE OUTRO PLANO

Os prazos de carência cumpridos em outros planos são aproveitados pelos assistidos deles oriundos, no que se refere aos procedimentos de consultas, exames laboratoriais e radiologia simples, conforme disposto no Decreto nº 4.051/2010.  
A inscrição no PLANSÁUDE ocorre em até 30 dias após o desligamento do plano original.

a) - Declaração do vínculo do plano emitida pela operadora de origem.