



SECRETARIA
DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ADESÃO/INCLUSÃO E ATUALIZAÇÃO DE DADOS DO SERVIR PARA O SERVIDOR ATIVO E INATIVO

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



| | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|---------------------|------|
| Nome de registro do(a) servidor(a): | | Matrícula: | Sexo: | CPF: |
| Nome social (se houver): | | Identidade de gênero: | | |
| Cargo Efetivo: | Cargo em Comissão: | | Data da Admissão: | |
| Órgão: | Lotação: | | Data de Nascimento: | |
| Endereço | | CEP | | |
| Bairro: | Cidade/ Estado: | | | |
| Telefone residencial: | Número de telefone | E-mail: | | |
| Estado Civil: | <input type="checkbox"/> ADESÃO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE VINCULO <input type="checkbox"/> TROCA DE TITULARIDADE <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE INVÁLIDO OU INCAPAZ - JMO | | | |
| Nome da Mãe: | | | | |
| Nome do Pai: | | | | |

DADOS DOS DEPENDENTES

(relação de documentos para fins de comprovação em Anexo I no verso deste requerimento)

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

| | | | |
|-------|-------|------|---------------------|
| Nome: | Sexo: | CPF: | Data de Nascimento: |
| Nome: | Sexo: | CPF: | Data de Nascimento: |
| Nome: | Sexo: | CPF: | Data de Nascimento: |
| Nome: | Sexo: | CPF: | Data de Nascimento: |

Os prazos de carência cumpridos em outros planos são aproveitados pelos assistidos deles oriundos, no que se refere 60 dias - consultas, exames laboratoriais e radiologia simples, conforme disposto no Decreto nº 4.051/2010.

Com a 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.

AUTORIZO a consignação em folha de pagamento da taxa de inscrição, contribuição mensal, contribuição de dependentes indiretos (se houver), da coparticipação 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.

AUTORIZO o Plano Servir ao qual estou devidamente inscrito (a) como titular, a ter acesso ao meu prontuário médico parcial ou integral, bem como, dos meus dependentes, para uso exclusivo da regulação e auditoria de procedimentos médicos e hospitalares, que será realizada por profissionais da saúde credenciados ao Plano ou da operadora de serviços com a qual o Plano possui contrato, seja nas dependências do hospital ou remotamente, com envio de cópias documentais, para fins de viabilizar meu atendimento de saúde por parte do hospital e análise médica de pertinência.

DECLARO junto ao Plano Servir, com base no que dispõe o § 1º, inciso I, art 6º, da lei nº 2.296/, de 11 de março de 2010, sob pena de responsabilidade, e da prática de falsidade ideológica, que o(s) dependente(s) acima citado(s), ora incluído(s) por mim, não percebem remuneração ou salário superior ao meu.

DECLARO ainda que tenho ciência de que caso houver alteração salarial do(s) dependente(s) deverei imediatamente procurar o Plano, para regularizar a situação cadastral, sob pena de suspensão dos benefícios e restituição por uso indevido.

DECLARO que recebi, li e compreendi as informações contidas no rol para adesão junto ao SERVIR, que tenho conhecimento de que todas as regras de funcionamento do Plano se encontram na Lei 2.296/10 e Decreto 4.551/10, suas alterações e regulamentos disponível no site www.secad.to.gov.br/servir, e que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de qualquer declaração inverídica pode vir a caracterizar crime de falsidade ideológica.

Assinatura do servidor titular

cidade

dia

mês

ano



SECRETARIA
DA ADMINISTRAÇÃO

COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ADESÃO/INCLUSÃO E ATUALIZAÇÃO DE DADOS DO SERVIR PARA O SERVIDOR ATIVO E INATIVO



Nome do(a) Servidor(a) titular: _____

ADESÃO INCLUSÃO MUDANÇA DE VINCULO
 TROCA DE TITULARIDADE INCLUSÃO DE DEPENDENTE INVÁLIDO OU INCAPAZ - JMO

DEPENDENTES

Assinatura do operador atendente

Cidade

dia

mês

ano

ANEXO I - INSTRUÇÕES GERAIS DO SERVIÇO PARA ADESÃO E INCLUSÃO

ADESÃO: Preencher todos os campos do formulário, apresentar documento de identificação oficial com foto, comprovante de endereço atualizado e do último contracheque, e em caso de servidor recém-empossado ou nomeado apresentar declaração de exercício emitida pelo RH contendo: Dados de CPF e RG do servidor, órgão, lotação, número da matrícula, salário, data de admissão.

INCLUSÃO: Documento de identificação oficial com foto do titular e do(s) dependente(s), formulário de inclusão assinado e datado, e os documentos elencados na relação do quadro abaixo de acordo com o tipo de dependência;

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS QUE COMPROVAM O TIPO DE DEPENDÊNCIA

Deve ser apresentada a documentação original, completa e legível ao atendente do SERVIR ou ao Setor de RH do seu órgão de lotação, caso contrário a solicitação poderá ser INDEFERIDA.

| Cód. | DEPENDENTES DIRETOS | DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA |
|-------------|---|---|
| 1 | CÔNJUGE | a) Certidão de casamento. |
| 2 | COMPANHEIRO (a) <i>Para fins de comprovação da dependência apresentar, documento de identificação oficial com foto do dependente e pelo menos, mais dois documentos relacionados na coluna ao lado:</i> <i>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, apresentar declaração de endereço”.</i> | a) Certidão de União Estável emitida em cartório de registro civil (escritura pública) b) Certidão de Nascimento de filho havido entre o(a) titular e o(a) dependente em comum (+1 doc.); c) Declaração de Imposto de Renda do ano anterior em que conste o(a) companheiro (a) como dependente (+1 doc.);" d) Comprovante de mesmo domicílio, sendo um em nome do(a) titular e outro em nome do(a) dependente (+1 doc.); <i>obs: o comprovante de endereço que conste o nome do titular e dependente na mesma conta será válido para ambos.</i> f) Apólice de seguro em que conste o (a) companheiro (a) como dependente (+1 doc.);" g) Escritura pública de propriedade imóvel, Termo de Cessão de uso de imóvel ou Contrato de Compra e Venda de lote/terreno em nome do(a) titular e do(a) dependente em comum (+1 doc.) h) Sentença judicial declaratória de união estável entre o(a) titular e o(a) dependente (+1); |
| 3 | FILHO(a) MENOR DE 18 ANOS, NÃO EMANCIPADO(a), INCLUSIVE NO CURSO DE PROCESSO DE ADOÇÃO | a) - Certidão de Nascimento ou Documento de identificação oficial com foto; b) - Comprovante do andamento do processo de adoção, se for o caso. |
| 4 | FILHO(a) CURATELADO(a), DESDE QUE A INCAPACIDADE TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE | a) Documento de identificação oficial com foto; c) Sentença de Interdição, Termo de Compromisso de Curador, Certidão de Tutela ou Curatela; d) Atestado médico ou laudo de incapacidade, expedido por médico especialista, com registro no CRM e RQE; |
| 5 | FILHO(a) OU ENTEADO(a) INVÁLIDO(a), MAIOR DE 18 ANOS, DESDE QUE A INVALIDEZ TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE | a) Documento de identificação oficial com foto do titular e dependente (na falta apresentar certidão de nascimento) b) Atestado médico ou laudo, expedido por médico especialista, com registro no CRM e RQE, mais exames complementares que comprovem a invalidez na menoridade. c) Certidão de Casamento ou prova documental da união estável que demonstre relação de convivência entre padrasto ou madrasta e enteado; |
| 6 | ENTEADO(a) MENOR DE 18 ANOS NÃO EMANCIPADO(a) | a) Documento de identificação oficial com foto do dependente (na falta apresentar a certidão de nascimento) b) Certidão de Casamento ou prova documental da união estável que demonstre relação de convivência entre padrasto ou madrasta e enteado; |
| 7 | MENOR SOB TUTELA OU GUARDA JUDICIALMENTE DECRETADA | a) Documento de identificação oficial com foto do titular e dependente (na falta apresentar a certidão de nascimento do menor) b) Sentença de Guarda, ainda que provisória, ou Certidão de tutela em que o titular seja o guardião ou tutor do menor. |
| Cód. | DEPENDENTES INDIRETOS | DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA |
| 8 | FILHO(a) OU ENTEADO(a) MAIOR DE 18 E MENOR DE 21 ANOS | a) Documento de identificação oficial com foto do titular e dependente b) Certidão de Casamento ou prova documental da união estável que demonstre relação de convivência entre padrasto ou madrasta e enteado. |
| 9 | PAIS | a) Documento de identificação oficial com foto do titular e dependente. <i>(Imprescindível que o campo filiação no documento do(a) titular corresponda com os documentos apresentados pelos pais.)</i> |
| 10 | IRMÃO(a) NÃO EMANCIPADO(a) MENOR DE 18 ANOS. | a) Documento de identificação oficial com foto do(a) titular e dependente (na falta apresentar a certidão de nascimento caso o(a) menor tenha) |
| 11 | IRMÃO(a) SOLTEIRO(a), INVÁLIDO(a) OU INCAPAZ MAIOR DE 18 ANOS, DESDE QUE A INVALIDEZ OU INCAPACIDADE TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE | a) Documento de identificação oficial com foto do titular e dependente (na falta apresentar a certidão de nascimento) b) Atestado médico ou laudo, expedido por médico especialista, com registro no CRM e RQE, mais exames complementares que comprovem a invalidez ou incapacidade na menoridade. |

COMPROVAÇÃO PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA POR PORTABILIDADE

a) - Declaração do Vínculo do plano emitida pela operadora de origem ou Carta de Portabilidade.

OBS: a apresentação do documento deve ocorrer em até 30 dias a partir da data de emissão ou da data de exclusão no plano originário.