



SECRETARIA
DA **ADMINISTRAÇÃO**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ADEÇÃO E ATUALIZAÇÃO DE DADOS DO SERVIR PARA O PENSIONISTA

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



DADOS DO PENSIONISTA

Nome de registro do(a) servidor(a):			Nome do(a) ex-titular:	
Nome social (se houver):		CPF do(a) pensionista:	Data de nascimento	Identidade de gênero:
Órgão:			Matrícula:	
Sexo:	Endereço:			
Bairro:	Cidade/ Estado:		CEP:	
Telefone residencial:	Número de telefone (1)	Número de telefone (2)	E-mail:	
Estado Civil:			☐ ADEÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO CADASTRAL	
Grau de parentesco com o(a) instituidor(a):				
Nome da Mãe:				
Nome do Pai:				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DO(a) PENSIONISTA (Em caso de menores de 18 anos e/ou incapazes)

Nome do(a) representante legal:			Data de nascimento:	CPF
Sexo:	Numero de RG:	Expedição:	Endereço	
E-mail:			Bairro	Cidade/Estado
CEP:	Telefone (1)	Telefone (2)	Grau de Parentesco do Representante com o Pensionista:	
Nome da mãe:			Nome do pai:	

Com a adesão, o titular ficará vinculado ao Plano por, no mínimo, 12 (doze) meses e caso ocorra o desligamento devido ao fim do benefício ou por falecimento, será procedido a verificação dos débitos e a efetiva negociação ou quitação. O pensionista na qualidade de titular não poderá inscrever dependentes no Plano Servir conforme §4º do Art.5º da Lei 2.296/10.

A exclusão a pedido gera ao titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período.

AUTORIZO a consignação em folha de pagamento da taxa de inscrição, contribuição mensal, 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 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 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 pensionista/ representante legal

cidade

dia

mês

de
ano



SECRETARIA
DA **ADMINISTRAÇÃO**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ADEÇÃO E ATUALIZAÇÃO DE DADOS DO SERVIR PARA O PENSIONISTA



Nome do(a) pensionista: _____

☐ ADEÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS

Assinatura do atendente operador

Cidade

dia

mês

de
ano.