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.

Servir
SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

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:		**( ) ADESÃO** **( ) INCLUSÃO DE DEPENDENTE** **( ) MUDANÇA DE VINCULO** **( ) TROCA DE TITULARIDADE** **( ) 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:	

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.

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 Art.30 do Decreto nº 4.051/2010.

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 pratica de falsidade ideologica, que o(s) dependente(s) acima citado(s), ora incluido(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 beneficios 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.

_____ _____, _____, _____ **de** _____

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

Servir
SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

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

( ) ADESÃO **( ) INCLUSÃO** **( ) MUDANÇA DE VINCULO**

( ) TROCA DE TITULARIDADE **( ) INCLUSÃO DE DEPENDENTE INVÁLIDO OU INCAPAZ - JMO**

DEPENDENTES

_____ _____, _____, _____ de _____

Assinatura do operador atendente **Cidade** **dia** **mês** **ano**

ANEXO I - INSTRUÇÕES GERAIS DO SERVIR 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)** Documento identificação com foto do(a) titular e dependente; **b)** Certidão de casamento.
2	**COMPANHEIRO (a)** *Na falta da Certidão de União Estável emitida em cartório de registro civil (escritura pública) se faz **indispensável** a apresentação de 2 (dois) dos documentos relacionados ao lado:* *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".*	Certidão de União Estável emitida em cartório de registro civil (escritura pública) **a**) Documento identificação com foto do(a) titular e dependente; **b**) Certidão de Nascimento de filho havido entre o(a) titular e o(a) dependente em comum; **c**) Declaração de Imposto de Renda do ano anterior em que conste o(a) companheiro(a) como dependente; **d**) Comprovante de conta bancária conjunta (titular e dependente) recente; **e**) Comprovante de mesmo domicílio, sendo um em nome do(a) titular e outro em nome do(a) dependente; *obs: o comprovante de endereço que contém o nome do titular e dependente na mesma conta é válido para ambos.* **f**) Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como dependente; **g**) Documento de propriedade de bem móvel ou imóvel (escritura pública), 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; **h**) Sentença judicial declaratória de união estável entre o(a) titular e o(a) dependente;
3	**FILHO(a) MENOR DE 18 ANOS, NÃO EMACIPADO(a), INCLUSIVE NO CURSO DE PROCESSO DE ADOÇÃO**	**a**) Documento de identificação com foto do(a) titular e do(a) dependente (*na falta apresentar a Certidão de nascimento*) **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 identificação com foto do(a) titular e dependente; **b)** Sentença de Interdição, Termo de Compromisso de Curador, Certidão de Tutela ou Curatela; **c)** 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 com foto do(a) titular e dependente; **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 em que padrasto ou madrasta convivem maritalmente com o titular (*para enteado*);
6	**ENTEADO(a) MENOR DE 18 ANOS NÃO EMANCIPADO(a)**	**a)** Documento de identificação com foto do(a) titular e dependente (*na falta apresentar a certidão de nascimento*) **b)** Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que padrasto ou madrasta convivem maritalmente com o titular;
7	**MENOR SOB TUTELA OU GUARDA JUDICIALMENTE DECRETADA**	**a)** Documento de identificação com foto do(a) titular e dependente (*na falta apresentar a Certidão de nascimento ou equivalente*) **b)** Sentença de Guarda, ainda que provisória, ou Certidão de tutela em que o(a) titular seja o(a) guardião ou tutor(a) do(a) menor.
Cód.	**DEPENDENTES INDIRETOS**	**DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA**
8	**FILHO(a) OU ENTEADO(a) MAIOR DE 18 E MENOR DE 21 ANOS**	**a)** Documento de identificação com foto do(a) titular e dependente; **b)** Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que padrasto ou madrasta convivem maritalmente com o(a) titular;
9	**PAIS**	**a**) Documento de identificação com foto do(a) titular e dependente. *(Imprescindível que o campo filiação no documento do(a) titular corresponda com os documentos apresentados pelos pais.)*
10	**IRMÃO(a) NÃO EMANCIPADO(a) MENOR DE 18 ANOS.**	**a)** Documento identificação com foto do(a) titular e dependente (*na falta apresentar a Certidão de nascimento*)
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 identificação com foto do(a) titular e dependente; **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; **c)** Sentença de Interdição, Termo de Compromisso de Curador ou Curatela;

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.