

## FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DO APOSENTADO QUE POSSUI PLANSAÚDE.

Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente e sem rasuras, anexando cópias autenticadas dos documentos solicitados ANEXO II



|                       |              |        |
|-----------------------|--------------|--------|
| 1-Nome do Aposentado: | 2-Matricula: | 3-CPF: |
|-----------------------|--------------|--------|

|   |                       |
|---|-----------------------|
| 4-Folha onde aposentado recebe: <input type="checkbox"/> SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> IGEPREV | 5-Data aposentadoria: |
|---|-----------------------|

|                                       |                       |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 6-Órgão onde foi concedido benefício: | 7-Data de Nascimento: |
|---------------------------------------|-----------------------|

|         |              |                    |
|---------|--------------|--------------------|
| 8-Sexo: | 9-RG Número: | 10-Órgão expedidor |
|---------|--------------|--------------------|

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| 11-Endereço: |  |  |  |
|--------------|--|--|--|

|            |            |            |         |
|------------|------------|------------|---------|
| 12-Bairro: | 13-Cidade: | 14-Estado: | 15-CEP: |
|------------|------------|------------|---------|

|                          |                        |             |            |
|--------------------------|------------------------|-------------|------------|
| 16-Telefone Residencial: | 17-Telefone Comercial: | 18-Celular: | 19-E-mail: |
|--------------------------|------------------------|-------------|------------|

|              |              |
|--------------|--------------|
| 20-Nome Mãe: | 21-Nome Pai: |
|--------------|--------------|

### DADOS DO DEPENDENTE 1

|           |           |                     |
|-----------|-----------|---------------------|
| 22- Nome: | 23- Sexo: | 24-Data Nascimento: |
|-----------|-----------|---------------------|

|                      |         |                  |
|----------------------|---------|------------------|
| 25-Tipo Dependência: | 26-CPF: | 27-Estado Civil: |
|----------------------|---------|------------------|

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 28- Nome Mae: | 29-Nome do Pai: |
|---------------|-----------------|

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 30-RG: | 31- Órgão Emissor: |
|--------|--------------------|

### DADOS DO DEPENDENTE 2

|           |           |                     |
|-----------|-----------|---------------------|
| 22- Nome: | 23- Sexo: | 24-Data Nascimento: |
|-----------|-----------|---------------------|

|                      |         |                  |
|----------------------|---------|------------------|
| 25-Tipo Dependência: | 26-CPF: | 27-Estado Civil: |
|----------------------|---------|------------------|

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 28- Nome Mae: | 29-Nome do Pai: |
|---------------|-----------------|

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 30-RG: | 31- Órgão Emissor: |
|--------|--------------------|

### DADOS DO DEPENDENTE 3

|           |           |                     |
|-----------|-----------|---------------------|
| 22- Nome: | 23- Sexo: | 24-Data Nascimento: |
|-----------|-----------|---------------------|

|                      |         |                  |
|----------------------|---------|------------------|
| 25-Tipo Dependência: | 26-CPF: | 27-Estado Civil: |
|----------------------|---------|------------------|

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 28- Nome Mae: | 29-Nome do Pai: |
|---------------|-----------------|

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 30-RG: | 31- Órgão Emissor: |
|--------|--------------------|

### DADOS DO DEPENDENTE 4

|           |           |                     |
|-----------|-----------|---------------------|
| 22- Nome: | 23- Sexo: | 24-Data Nascimento: |
|-----------|-----------|---------------------|

|                      |         |                  |
|----------------------|---------|------------------|
| 25-Tipo Dependência: | 26-CPF: | 27-Estado Civil: |
|----------------------|---------|------------------|

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 28- Nome Mae: | 29-Nome do Pai: |
|---------------|-----------------|

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 30-RG: | 31- Órgão Emissor: |
|--------|--------------------|

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO ACIMA

- 1- No **anexo I** deste formulário encontra-se um **guia descritivo** que mostra de forma detalhada como o aposentado deverá preencher cada campo do mesmo. O aposentado deverá encaminhar ao plano apenas o formulário com dados, **não sendo necessário encaminhar o anexo I e nem o anexo II;**
- 2- Caso aposentado tenha alguma dúvida sobre qual tipo de dependência e a documentação necessária para cada dependente, basta acessar o endereço <http://plansaude.secad.to.gov.br:8080/sicam/portaassociado/> (ultimo botão da aba esquerda) e retirar um relatório onde especificará cada dependente que o mesmo possui, bem como a documentação necessária para o cadastramento de cada um;
- 3- No **anexo II** deste formulário encontra-se uma relação de todos os tipos de dependências e os documentos exigidos para cada um, **LEMBRANDO QUE AS COPIAS DEVERÃO SER AUTENTICADAS EM CARTÓRIO.**
- 4- **CASO APOSENTADO POSSUA MAIS DE 4 DEPENDENTES PODE PREENCHER UM SEGUNDO FORMULÁRIO APENAS COM OS DADOS DOS DEPENDENTES QUE FALTAREM.**

Declaro na qualidade de aposentado titular do PLANSAÚDE, que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de que qualquer declaração inverídica pode vir a caracterizar crime de falsidade ideológica, sob pena de cancelamento do Plano.

Local e data:

Assinatura do Aposentado ou representante legal

**ANEXO I – (NÃO É NECESSÁRIO ENVIAR AO PLANSÁUDE ESSE FORMULÁRIO)**

Esse formulário é apenas para auxiliar no preenchimento do formulário de cadastramento

**DADOS DO TITULAR DO PLANSÁUDE**

| CAMPO | DESCRIÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO NO FORMULÁRIO   |
|-------|---|
| 1     | Nome completo do aposentado titular do PLANO;   |
| 2     | Matrícula do aposentado, a matrícula encontra-se no contra cheque do mesmo;   |
| 3     | CPF do titular do plano;  |
| 4     | Marcar em qual folha o aposentado recebe se pagamento, esse informação pode ser encontrado no contracheque do mesmo (SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO OU IGEPREV); |
| 5     | Data Benefício, data em que foi concedido o benefício ao aposentado, informação que também pode ser encontrado no contracheque do mesmo;                      |
| 6     | Último órgão onde o aposentado trabalhou antes de ser concedido o benefício;  |
| 7     | Data de nascimento do titular do plano;   |
| 8     | Informar <b>M</b> para masculino <b>F</b> para feminino;  |
| 9     | RG, informar o número da carteira de identidade do titular do plano;  |
| 10    | Informar o órgão expedidor da carteira de identidade do titular do plano;   |
| 11    | Informar de forma legível o endereço completo do titular do plano;  |
| 12    | informar de forma legível o bairro onde o titular do plano reside;  |
| 13    | Informar a cidade onde o titular do plano reside;   |
| 14    | Informar qual a sigla do estado onde o aposentado reside, ex.: TO, SP, GO e etc.;   |
| 15    | Informar o CEP do endereço onde o titular do plano reside;  |
| 16    | telefone residencial do titular (caso possua) com o DDD do estado e o número completo do telefone;  |
| 17    | Telefone comercial do titular (caso possua) com o DDD do estado e o número do completo do telefone;   |
| 18    | Número do celular do titular (caso possua) com o DDD do estado e o número completo do telefone;   |
| 19    | E-mail do titular do plano (caso não possuir, informe de alguém conhecido);   |
| 20    | Nome da mãe do titular do plano;  |
| 21    | Nome do pai do titular do plano;  |

**DADOS DOS DEPENDENTES NO PLANSÁUDE DO TITULAR ACIMA**

| CAMPO | DESCRIÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO NO FORMULÁRIO  |
|-------|--|
| 22    | Nome Completo do dependente;   |
| 23    | Sexo do dependente M para masculino F para feminino;   |
| 24    | Data de nascimento do dependente;  |
| 25    | <b>Tipo de dependência no PLANSÁUDE</b> , caso o aposentado não saiba qual tipo de dependência ou a documentação exigida para cada tipo, pode consultar a relação de todos os seus dependente bem como a documentação exigida para cada um no portal do servidor que fica no seguinte endereço:<br><a href="http://plansaude.secad.to.gov.br:8080/sicam/portallassociado/">http://plansaude.secad.to.gov.br:8080/sicam/portallassociado/</a> |
| 26    | CPF do dependente, esse campo é obrigatório para os dependentes maiores de 18 anos;  |
| 27    | Estado civil do dependente ;   |
| 28    | Nome da mãe do dependente;   |
| 29    | Nome do pai do dependente;   |
| 30    | Numero da carteira de identidade do dependente, obrigatório para maiores de 18 anos;   |
| 31    | Órgão emissor da carteira de identidade do dependente;   |

RESSALTAMOS QUE:

- 1- CASO APOSENTADO TENHA DÚVIDA QUANTO A DOCUMENTAÇÃO OU AO TIPO DE CADA UM DE SEUS DEPENDENTES, PODE CONSULTAR A DOCUMENTAÇÃO NO ANEXO II OU PODE ACESSAR O **PORTAL DO ASSOCIADO**, ONDE ENCONTRARÁ UMA RELAÇÃO DE TODOS OS SEUS DEPENDENTES, BEM COMO A DOCUMENTAÇÃO PARA CADA UM DELES (<http://plansaude.secad.to.gov.br:8080/sicam/portallassociado/>);
- 2- O APOSENTADO NÃO NECESSITA ENVIAR **OS ANEXOS I E II** AO PLANSÁUDE, POIS OS MESMOS SÃO APENAS PARA ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DO RECADASTRAMENTO;
- 3- **PARA DATA DO RECADASTRAMENTO, SERÁ OBSERVADA A DATA DA POSTAGEM DOS DOCUMENTOS NOS CORREIOS.**

**IMPORTANTE:**

- 4- A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA DEVERÁ SER ENVIADA AO PLANSÁUDE NO SEGUINTE ENDEREÇO:  
QUADRA 104 SUL RUA SE-07 LOTE 29  
CEP: 77.020-022  
BAIRRO: PLANO DIRETOR SUL  
CIDADE/UF: PALMAS - TO

**ANEXO II – (NÃO É NECESSÁRIO ENVIAR AO PLANSÁUDE ESSE FORMULÁRIO)**

Esse formulário é apenas para auxiliar no preenchimento do formulário de recadastramento

**DOCUMENTOS PARA RECADASTRAMENTO PLANSÁUDE**

**CÓPIA AUTENTICADA**

| <b>CÓD.</b> | <b>DEPENDENTES DIRETOS</b>   | <b>DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA</b>   |
|-------------|--|---|
| 1           | <b>CÔNJUGE</b>   | a) - Certidão de Casamento.<br>b) - Identidade ou CNH   |
| 2           | <b>COMPANHEIRO</b><br>Para fins de comprovação da dependência apresentar, CPF e RG e, <b>pelo menos, mais dois</b> documentos relacionados ao lado:<br>União estável, é aquela configurada na convivência Pública, contínua e duradora e estabelecida entre homem e mulher, com objetivo de constituição de família.<br>“ (*) 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”. | <del>Obrigatoriamente dois dos documentos abaixo:</del><br>a) - Certidão de Nascimento de filho havido entre estes em comum;<br>b) - Certidão de Casamento religioso;<br>c) - Declaração de Imposto de Renda do ano anterior em que conste o companheiro (a) como dependente;<br>d) - Comprovante de conta bancária conjunta recente;<br>e) - Comprovante de mesmo domicílio, sendo um em nome do requerente e outro em nome do companheiro (a); (*)<br>f) - Apólice de seguro em que conste o companheiro (a) como dependente;<br>g) - documento de propriedade de bem móvel ou imóvel em nome dos companheiros,<br>h) - Declaração de união estável feita em cartório (fé pública) recente;<br>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;  |
| 4           | <b>FILHO (A) CURATELADO (A), DESDE QUE A INCAPACIDADE TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE</b>  | a) - Certidão de Nascimento do dependente;<br>b) - Sentença de Curatela;<br>c) - Comprovante de invalidez na menor idade, expedido por médico especialista, com CRM devidamente comprovado;   |
| 5           | <b>FILHO(A) OU ENTEADO(A) INVALIDO(A), MAIOR DE DEZOITO ANOS, DESDE QUE A INVALIDEZ TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE</b>  | a) - Certidão de Nascimento<br>b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente ( <b>para enteado</b> );<br>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;<br>b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente;  |
| 7           | <b>MENOR SOB TUTELA OU GUARDA JUDICIALMENTE DECRETADA</b>  | a) - Certidão de Nascimento do menor;<br>b) - Sentença de Guarda, ainda que provisória ou Tutela.   |
| <b>CÓD.</b> | <b>DEPENDENTES INDIRETOS</b>   | <b>DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA</b>   |
| 8           | <b>FILHO(A) OU ENTEADO (A) MAIOR DE 18 E MENOR DE 21 ANOS</b>  | <del>Obrigatório para o Filho e o Enteado</del><br>a) - Certidão de Nascimento;<br>b) - RG E CPF<br><del>Obrigatório para o Enteado</del><br>b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente.   |
| 9           | <b>PAIS</b>  | a) - <b>Carteira de identidade ou de Motorista do TITULAR DO PLANO</b><br>b) - CPF e RG do dependente.  |
| 10          | <b>IRMÃO(A) NÃO-EMANCIPADO(A) MENOR DE 18 ANOS</b>   | a) - <b>Carteira de identidade ou de Motorista do TITULAR DO PLANO</b><br>b) - Certidão de Nascimento   |
| 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) - <b>Carteira de identidade ou de Motorista do TITULAR DO PLANO</b><br>b) - Atestado Médico ou Laudo, expedido por médico especialista com CRM devidamente comprovado, juntamente com exames complementares recentes que comprovem a incapacidade na menoridade;<br>c) - Certidão de Nascimento, CPF e RG do dependente.   |
| 12          | <b>TITULAR DO PLANO</b>  | <b>Carteira de identidade ou de Motorista;</b><br><b>Comprovante de Endereço;</b><br><b>Último contracheque;</b>  |