

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

- 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**;
- 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;
- 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**;
- 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 PLANSAÚDE ESSE FORMULÁRIO)

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

DADOS DO TITULAR DO PLANSAÚDE

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 M para masculino F 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 PLANSAUDE 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	Tipo de dependência no PLANSAÚDE , 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: http://plansaude.secad.to.gov.br:8080/sicam/portallassociado/
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 PLANSAÚDE, 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 PLANSAÚDE 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**

CÓD.	DEPENDENTES DIRETOS	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
1	CÔNJUGE	a) - Certidão de Casamento. b) - Identidade ou CNH
2	COMPANHEIRO Para fins de comprovação da dependência apresentar, CPF e RG e, pelo menos, mais dois documentos relacionados ao lado: 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”.	Obrigatoriamente dois dos documentos abaixo: 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	FILHO(A) MENOR DE 18 ANOS NÃO EMANCIPADO(A), INCLUSIVE NO CURSO DE PROCESSO DE ADOÇÃO	a) - Certidão de Nascimento do dependente;
4	FILHO (A) CURATELADO (A), DESDE QUE A INCAPACIDADE TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE	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;
5	FILHO(A) OU ENTEADO(A) INVALIDO(A), MAIOR DE DEZOITO ANOS, DESDE QUE A INVALIDEZ TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE	a) - Certidão de Nascimento b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente (para enteado); 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	ENTEADO(A) MENOR 18 ANOS NÃO AMANCIPADO(A)	a) - Certidão de Nascimento do dependente; b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente;
7	MENOR SOB TUTELA OU GUARDA JUDICIALMENTE DECRETADA	a) - Certidão de Nascimento do menor; b) - Sentença de Guarda, ainda que provisória ou Tutela.
CÓD.	DEPENDENTES INDIRETOS	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
8	FILHO(A) OU ENTEADO (A) MAIOR DE 18 E MENOR DE 21 ANOS	Obrigatório para o Filho e o Enteado a) - Certidão de Nascimento; b) - RG E CPF Obrigatório para o Enteado b) - Certidão de Casamento ou prova documental da união estável em que o padrasto ou madrasta convivem maritalmente.
9	PAIS	a) - Carteira de identidade ou de Motorista do TITULAR DO PLANO b) - CPF e RG do dependente.
10	IRMÃO(A) NÃO-EMANCIPADO(A) MENOR DE 18 ANOS	a) - Carteira de identidade ou de Motorista do TITULAR DO PLANO b) - Certidão de Nascimento
11	IRMÃO(Ã) SOLTEIRO(A), INVÁLIDO(A) OU INCAPAZ MAIOR DE 18 ANOS, DESDE QUE A INVALIDEZ OU INCAPACIDADE TENHA OCORRIDO DURANTE A MENORIDADE	a) - Carteira de identidade ou de Motorista do TITULAR DO PLANO 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.
12	TITULAR DO PLANO	Carteira de identidade ou de Motorista; Comprovante de Endereço; Último contracheque;