REQUERIMENTO DE ADESÃO/EXCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE DADOS DO PLANSAÚDE PARA PENSIONISTA

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

PlanSaúde

DADOS DO EX-SERVIDOR

Nome do Ex-servidor:		Matrícula:	CPF:
Nome da Mãe:	Data do Falecimento	RG:	Órgão Expedidor:

DADOS DO PENSIONISTA

Nome do Pensionista:		Sexo:	Grau de parentesco com o instituidor:	Data de Nascimento:
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	Nome da Mãe:	
Endereço:		Bairro		
Cidade:	Estado:	CEP:		
E-mail:				
Telefone Residência:	Celular:	Telefone Comercial:		

Venho requerer: (marque apenas uma opção)

☐ ADESÃO

☐ EXCLUSÃO DO PLANO

☐ ALTERAÇÃO DE DADOS

O dependente de pensionista não é beneficiário do PLANSAÚDE

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DA PENSÃO (caso houver)

Nome do Representante Legal:			Sexo:	Matrícula da Pensão:
Data Nascimento:	CPF:	RG Número:	RG Órgão Emissor/UF:	E-mail:
Endereço:			Bairro:	Cidade:
CEP.:	Telefone Residencial:	Celular:		Telefone Comercial:
Grau de Parentesco do Representante com o Pensionista:			Nome da Mãe do Representante do Pensionista:	

AUTORIZAÇÃO: Autorizo a consignação em folha de pagamento da taxa de inscrição, contribuição mensal, da comparticipação 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.

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

Local e data: ______________________________

____

Assinatura do Titular ou Representante Legal da Pensão

Uso exclusivo do PLANSAÚDE, para controle do recebimento, cadastro e conferência do respectivo requerimento.

Responsável	Data do Receb.	Digitador:	Data do Cadastro:	N° do Prontuário:	Conferente:	Data da Conferência:

- destacar aqui -

COMPROVANTE DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE DADOS DO PLANSAÚDE PARA PENSIONISTA

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

PlanSaúde

Nome do Ex-servidor:	Venho requerer: (marque apenas uma opção)
Nome do Pensionista:	☐ ADESÃO ☐ EXCLUSÃO DO PLANO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS

Local e data: ______________________________

____

Carimbo/Data/Assinatura do Responsável pelo Recolhimento das informações

INSTRUÇÃO GERAL PARA PENSIONISTA

ADESÃO DO PLANO: preencher todos os campos do formulário e a*nexar cópias do ultimo contracheque ou Ato de Concessão da Pensão,* cópias autenticadas ou carimbo de confere com original do PLANSAÚDE, do CPF, RG e comprovante de endereço recente, caso contrário será indeferido o pedido.

* Não poderá aderir ao PLANSAÚDE o pensionista que não se encontrava inscrito como dependente do titular do plano que veio a falecer. (Art. 6º, Lei Nº 2.296, de 11 de março de 2.010)

A Exclusão deverá ser acompanhada do cartão de identificação, e caso não esteja de posse do mesmo, deverá assinar e anexar um Termo de Responsabilidade, disponibilizado no site da Secretaria da Administração (www.secad.to.gov.br);

A exclusão a pedido gera ao titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas, nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período, devendo procurar o Setor Financeiro do PLANSAÚDE, para as providências necessárias quanto às verificações dos débitos;

O cancelamento da inscrição não gera o direito de haver as importâncias pagas;

A cobertura dos benefícios do PLANSAÚDE estará disponível até o dia 07 do mês subsequente do pagamento da última mensalidade;

Qualquer tipo de procedimento realizado, posterior à exclusão, será de inteira responsabilidade do titular, que deverá restituir integralmente os valores devidos ao PLANSAÚDE;

O débito do ex-assistido que continua com vínculo no Estado continuará incidindo em folha de pagamento até a efetiva quitação;

O débito do titular que foi excluído do Plano, quando não quitado, será inscrito na dívida ativa do Estado;

A exclusão somente será efetuada mediante o levantamento de débitos junto ao Plano e negociação dos mesmos, nos termos do § 2º, do art. 8º, da Lei nº 2.296/10;

A exclusão do titular, para ser incluído na condição de dependente de outro servidor titular, deverá ser acompanhada do requerimento de inclusão, observando-se se o atual titular percebe remuneração ou subsídio superior ao dependente, caso contrário será indeferido o pedido da troca de titularidade.

COMPROVAÇÃO PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DE OUTRO PLANO

Os prazos de carência cumpridos em outros planos são aproveitados pelos assistidos deles oriundos, no que se refere aos procedimentos de consultas, exames laboratoriais e radiologia simples, conforme disposto no Decreto nº 4.051/2010. A inscrição no PLANSAÚDE ocorre em até 30 dias após o desligamento do plano original.	a) - Declaração do vínculo emitida pela operadora de origem;