

Código Localizador: FORM/-SES- 00

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIO(A) EM PLANO DE SAÚDE

Sr. (a). Secretário (a) de Saúde do TRT-MG,

Venho, perante V. S^a, REQUERER autorização para **INCLUSÃO** de beneficiário (a) no plano de saúde, conforme abaixo especificado:

BENEFICIÁRIO			
<input type="checkbox"/> Beneficiário(a) Titular (<i>magistrado, servidor ativo, servidor inativo e pensionista-cônjuge</i>)			
<input type="checkbox"/> Beneficiário(a) dependente (<i>cônjuge ou companheiro</i>)			
<input type="checkbox"/> Beneficiário(a) Especial (<i>filho, pai, mãe, enteado, menor sob guarda, pensionista-filho, requisitados municipais e estaduais</i>)			
PLANOS DE SAÚDE			
TITULAR	BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE	BENEFICIÁRIO(A) ESPECIAL	
		<i>Filho, pai, mãe, enteado, menor sob guarda, pensionista-filho</i>	<i>Requisitados (municipais e estaduais)</i>
<input type="checkbox"/> TRTer Saúde	<input type="checkbox"/> TRTer Saúde	<input type="checkbox"/> Unimed	<input type="checkbox"/> Unimed
<input type="checkbox"/> TRTer Saúde e Unimed	<input type="checkbox"/> TRTer Saúde e Unimed		<input type="checkbox"/> Unimed e Transporte Aeromédico
<input type="checkbox"/> TRTer Saúde, Unimed e Transporte Aeromédico*			<input type="checkbox"/> TRTer Saúde – apenas para exame periódico, psicologia e perícia médica
<i>Obs*: a inclusão do Transporte Aeromédico para o titular implica inclusão para os demais beneficiários</i>			
DADOS DO(A) REQUERENTE			
Nome:			
Nome Social:			
<input type="checkbox"/> Magistrado (a); <input type="checkbox"/> Servidor(a) do Quadro de Pessoal do Tribunal; <input type="checkbox"/> Requisitado/Removido do (Órgão/Instituição): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Comissionado; <input type="checkbox"/> Em exercício provisório do (Órgão/Instituição): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servidor(a) Inativo(a); <input type="checkbox"/> Pensionista estatutário.			
CPF:		Pasta funcional:	
E-mail funcional:			
Lotação:		Telefone:	
Telefone celular:		e-mail particular:	
Endereço residencial completo:			

DADOS DO(A)S BENEFICIÁRIO(A)S DEPENDENTE

Nome completo do dependente e nome completo da mãe do dependente	CPF	Data de nascimento	Grau de parentesco*	Sexo **
Mãe:				
Mãe:				
Mãe:				
Mãe:				

*Grau de parentesco: (CONJ)Cônjuge; (COMP)Companheiro(a); (FIL)Filho(a); (P/M)Pai/Mãe; (ENT)Enteado(a);(MSG) Menor sob guarda

** Sexo (M) Masculino (F)Feminino

DECLARO estar ciente e concordar com as condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Saúde e comprometo-me a observar as disposições nele contidas quando da utilização dos serviços oferecidos.

DECLARO, ainda, que não recebo auxílio semelhante e nem participo de outro programa de assistência à saúde de servidor, custeado, ainda que em parte, pelos cofres públicos da União, tanto na condição de titular quanto na de dependente, bem assim o (s) beneficiário (s) -dependente (s) supracitado (s) - **Decreto nº 4.978 de 03.02.2004 e Decreto nº 5.010 de 09.03.2004.**

AUTORIZO que seja consignado, em Folha de Pagamento do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, o desconto do valor relativo às contribuições mensais e às coparticipações realizados por mim e meus dependentes.

DECLARO estar ciente e concordar que não sendo possível o desconto integral das despesas do Plano de Assistência do TRT 3ª Região, em folha de pagamento, o pagamento deverá ser realizado por GRU ou outra forma, a critério deste Tribunal.

DECLARO estar ciente que, se a Seção de Plano de Saúde, em até 72h, contados do envio do formulário (por e-PAD ou e-mail, vide orientações abaixo), não confirmar o recebimento, devo entrar em contato com a referida seção para verificar se o formulário foi enviado de forma correta.

AUTORIZO que sejam tomadas as medidas necessárias para o custeio do transporte aeromédico ofertado pela empresa contratada deste Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região.

Por ser a expressão da verdade, firmo as informações prestadas na presente data, anexando, para tanto, os documentos exigidos.

Data:

Assinatura:

Preciso imprimir os requerimentos de inclusão, exclusão e transporte aeromédico?

Os requerimentos, *após serem salvos no computador*, permitem edição *sem* a necessidade de *impressão*.

Haverá necessidade de assinatura quando os requerimentos forem encaminhados por pessoa diversa da do titular requerente.

Como devo enviar os requerimentos de inclusão, exclusão e transporte aeromédico?

Magistrados e servidores ativos, requisitados municipais e estaduais

somente por e-PAD

Magistrados e servidores inativos, pensionista-cônjuge e pensionista-filho

somente por e-mail para o endereço planodesaude@trt3.jus.br.

O processo de inclusão e exclusão no Plano de Assistência à Saúde do TRT-MG é realizado **100% por meio digital**, portanto, *não há necessidade* de encaminhar *documentação impressa*.

Quais os procedimentos para enviar o e-PAD?**ETAPA 1:**

Acessar sistema e-PAD → Protocolos → Protocolar → Tipo de documento (184-requerimento) → Origem do documento (lotação) → Assunto (plano de saúde) → Participantes (colocar o nome do titular do plano) → Incluir (icone cinza) → Descrição (Ex: solicitação de inclusão no plano de assistência à saúde do TRT-MG) → Incluir (icone azul)

ETAPA 2:

Juntar documentos → Adicionar arquivo (requerimento e documentos pessoais) → Descrição (Ex: Requerimento.) → Assinar/Autenticar → Salvar → Voltar (quando todos os documentos tiverem sido juntados)

ETAPA 3:

Lançar evento → Tipo do evento (remessa) → Destino (SPS) → Acompanha documento impresso? Não → Lançar

PARA OUTRAS INFORMAÇÕES:

- Acesse o link "Dúvidas: inclusão/exclusão no Plano de Assistência à Saúde do TRT-MG" (<https://portal.trt3.jus.br/intranet/saude/plano-de-saude/duvidasinscricaoexclusao.pdf>)

- Envie e-mail para planodesaude@trt3.jus.br

- Ligue para (31) 3238-7881