

**FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL- INCLUSÃO**

**1. DADOS DO TITULAR**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  |                                                                                                                                                        |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOME COMPLETO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                  |                                                                                                                                                        | <b>MATRÍCULA</b>                                                                         |
| <b>NOME SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                        | <b>DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL:</b> ( ) sim ( ) não                          |
| <b>CPF</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>CARTÃO SUS</b>                                | <b>TELEFONE CELULAR</b><br>( )                                                                                                                         | <b>TELEFONE RESIDENCIAL</b><br>( )                                                       |
| <b>POSSUI OUTRO VÍNCULO NO ESTADO:</b><br>( ) SIM ( ) NÃO                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <b>SEGUNDA MATRÍCULA</b>                                                                                                                               | <b>ÓRGÃO SEGUNDA MATRÍCULA</b>                                                           |
| <b>ENDEREÇO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  |                                                                                                                                                        |                                                                                          |
| <b>COMPLEMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  | <b>BAIRRO</b>                                                                                                                                          | <b>MUNICÍPIO</b>                                                                         |
| <b>CEP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>E-MAIL</b>                                    |                                                                                                                                                        | <b>ESTADO CIVIL</b>                                                                      |
| <b>DATA NASCIMENTO</b><br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>SEXO</b><br>( ) Masc ( ) Fem<br>( ) Intersexo | <b>IDENTIDADE DE GÊNERO</b><br>( ) Cisgênero masculino ( ) Cisgênero feminino<br>( ) Transgênero masculino<br>( ) Transgênero feminino ( ) Não binário | <b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO:</b><br>( ) BÁSICO (Enfermaria) ( ) ESPECIAL (Quarto individual) |
| <b>SITUAÇÃO FUNCIONAL</b><br>( ) Servidor ativo/Executivo ( ) Pensionista ( ) Servidor inativo/Executivo ( ) Ativo/Inativo de Empresa Pública/Economia Mista<br>( ) Programa do Estado ( ) Cargo comissionado aposentado ( ) Outros Poderes ( ) Licenças ( ) REDA ( ) Migração de matrícula |                                                  |                                                                                                                                                        |                                                                                          |

**2. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTE (S)/AGREGADO (S)**

|                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                     |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOME COMPLETO</b>                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                     |                                                                                                                                                              |
| <b>NOME SOCIAL</b>                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                     | <b>DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL:</b><br>( ) sim ( ) não                                                                                           |
| <b>GRAU DE PARENTESCO</b><br>( ) <b>Cônjuge</b> ( ) <b>Companheiro</b>                                                                                                                      | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br>/ /                | <b>SEXO</b><br>( ) Masc ( ) Fem<br>( ) Intersexo    | <b>IDENTIDADE DE GÊNERO</b><br>( ) Cisgênero masculino<br>( ) Cisgênero feminino<br>( ) Transgênero masculino<br>( ) Transgênero feminino<br>( ) Não binário |
| <b>SERVIDOR PÚBLICO</b><br>( ) sim ( ) não                                                                                                                                                  | <b>Caso positivo, qual a matrícula e órgão:</b> | <b>CPF (obrigatório):</b>                           |                                                                                                                                                              |
| <b>REMUNERAÇÃO SUPERIOR AO DO TITULAR</b><br>( ) sim ( ) não                                                                                                                                |                                                 | <b>CARTÃO SUS:</b>                                  |                                                                                                                                                              |
| <b>ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)</b>                                                                                                      |                                                 | <b>CEP</b>                                          | <b>TELEFONE ( )</b>                                                                                                                                          |
| <b>NOME COMPLETO</b>                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                     |                                                                                                                                                              |
| <b>NOME SOCIAL</b>                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                     | <b>DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL:</b><br>( ) sim ( ) não                                                                                           |
| <b>GRAU DE PARENTESCO</b><br>( ) <b>Filho (a):</b> ( ) Menor ( ) Inválido ( ) Agregado<br>( ) <b>Enteado (a) ou Tutelado (a)</b><br>( ) <b>Neto</b><br>( ) <b>Ex-pensionista</b>            | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br>/ /                | <b>SEXO</b><br>( ) Masc<br>( ) Fem<br>( ) Intersexo | <b>IDENTIDADE DE GÊNERO</b><br>( ) Cisgênero masculino<br>( ) Cisgênero feminino<br>( ) Transgênero masculino<br>( ) Transgênero feminino<br>( ) Não binário |
| <b>SERVIDOR PÚBLICO</b><br>( ) sim ( ) não                                                                                                                                                  | <b>Caso positivo, qual a matrícula e órgão:</b> | <b>CPF (obrigatório):</b>                           |                                                                                                                                                              |
| <b>ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)</b>                                                                                                      |                                                 | <b>CARTÃO SUS:</b>                                  |                                                                                                                                                              |
| <b>CEP</b>                                                                                                                                                                                  | <b>TELEFONE ( )</b>                             |                                                     |                                                                                                                                                              |
| <b>NOME COMPLETO</b>                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                     |                                                                                                                                                              |
| <b>NOME SOCIAL</b>                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                     | <b>DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL:</b><br>( ) sim ( ) não                                                                                           |
| <b>GRAU DE PARENTESCO</b><br>( ) <b>Filho (a):</b> ( ) Menor ( ) Inválido ( ) Agregado<br>( ) <b>Enteado (a) ou Tutelado (a):</b> ( ) Menor<br>( ) <b>Neto</b><br>( ) <b>Ex-pensionista</b> | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br>/ /                | <b>SEXO</b><br>( ) Masc<br>( ) Fem<br>( ) Inte o    | <b>IDENTIDADE DE GÊNERO</b><br>( ) Cisgênero masculino<br>( ) Cisgênero feminino<br>( ) Transgênero masculino<br>( ) Transgênero feminino<br>( ) Não binário |
| <b>SERVIDOR PÚBLICO</b><br>( ) sim ( ) não                                                                                                                                                  | <b>Caso positivo, qual a matrícula e órgão:</b> | <b>CPF (obrigatório):</b>                           |                                                                                                                                                              |
| <b>ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)</b>                                                                                                      |                                                 | <b>CARTÃO SUS:</b>                                  |                                                                                                                                                              |
| <b>CEP</b>                                                                                                                                                                                  | <b>TELEFONE ( )</b>                             |                                                     |                                                                                                                                                              |

**Declaro estar ciente que:**

- a) O ingresso na Assistência está condicionado ao pagamento da contribuição. As contribuições referentes aos pedidos realizados até o dia 28 do mês corrente serão implementadas no contracheque do mês subsequente;
  - b) Em caso de migração de matrícula, o dependente/agregado acompanhará a carência do titular, inclusive o Recém-nascido;
  - c) Meu agregado/dependente não reúne condições de ser titular do plano ou meu cônjuge/companheiro servidor recebe menor provento;
  - d) Pedido de inclusão de dependente ou agregado de beneficiário titular com vínculo em regime especial de direito administrativo (REDA) e vinculados aos programas de aprendizagem instituídos pelo governo serão desconsiderados;
  - e) Não serão admitidos curatelados na assistência;
  - f) Os filhos e netos agregados serão excluídos automaticamente ao completar 24 (vinte e quatro) anos;
  - g) A inclusão do titular, dependentes e agregados somente ocorrerá mediante fornecimento da matrícula pelo beneficiário titular, sendo garantida a inclusão sem os prazos de carência para os beneficiários que manifestaram a intenção em aderir ao plano dentro de 30 dias da data de admissão;
  - h) Cumprirei as seguintes carências: 24 horas para urgência e emergência, 30 dias para consultas eletivas e exames laboratoriais, 180 dias para os demais casos e 300 para parto a termo, a contar do primeiro dia após o desconto em folha de pagamento, exceto os recém-admitidos, o novo pensionista, o agente político, o recém-nascido e o recém-casado desde que solicite até 30 dias da data do evento;
  - i) Só possuo a (s) matrícula (s) apresentadas neste formulário e que em caso de mais de uma, a contribuição ocorrerá na de maior remuneração, somando os estípeúdios;
  - j) A partir de 27/10/2020, a inclusão ou retorno a Assistência, ocorrerá acrescido ao valor, a parcela de risco, caso esta ocorra após 05 anos da data da posse do cargo ou concessão da pensão, conforme previsto no art. 10-A da Lei 9.528/05;
  - k) A cobertura assistencial do Planserv restringe-se somente ao território do Estado da Bahia;
  - l) Serão descontados em seus vencimentos de despesas médicas pagas pelo plano, em cumprimento de liminar judicial, posteriormente revertida pela Procuradoria Geral do Estado, bem como os valores de sua contribuição devidos, desde que tal desconto não ultrapasse trinta por cento de seu salário
  - m) As regras do plano estão dispostas na Lei Estadual n.º 9.528/05, Decreto Estadual n.º 9.552/05, Lei Estadual 13.450/15 e Lei Estadual n.º 12.351/11 e aceito as condições das mesmas;
  - n) Não são cobertos pelo plano, consoante artigo 16 do Decreto n.º 9.552/2005:
    - I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
    - II - cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico;
    - III - cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial, métodos anticoncepcionais e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas consequências e quaisquer outras internações hospitalares cuja finalidade seja a de exclusivo controle da saúde;
    - IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
    - V - fornecimento de medicamentos de uso continuado quando o beneficiário se encontre em regime ambulatorial, exceto quando se tratar de Programas instituídos pelo PLANSERV;
    - VI - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
    - VII - procedimentos odontológicos;
    - VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas sociedades competentes, e tratamentos cirúrgicos para alteração do corpo;
    - IX - casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
    - X - procedimentos diagnósticos e terapêuticos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;
    - XI - internações clínicas ou cirúrgicas e procedimentos de diagnose e terapia não prescritos ou solicitados pelo médico assistente;
    - XII - procedimentos decorrentes de doenças ocupacionais e suas consequências;
    - XIII - procedimentos decorrentes de acidentes de trabalho e suas consequências;
    - XIV - sessões e tratamentos ou qualquer outro procedimento de medicina alternativa, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, exceto quando se tratar de Programas instituídos pelo PLANSERV;
    - XV - despesas com acompanhantes, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, e despesas extra-hospitalares, tais como telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições, jornais, TV, estacionamento, objetos destruídos ou danificados e outras de caráter pessoal ou particular;
    - XVI - enfermagem particular;
    - XVII - curativos e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou domiciliar ou fora do atendimento ambulatorial;
    - XVIII - internação em acomodação diferente da optada pelo beneficiário e todas as despesas adicionais consequentes da opção do beneficiário, seus dependentes e agregados;
    - XIX - permanência hospitalar após alta médica;
    - XX - tratamento de doenças epidêmicas declaradas pela Autoridade Sanitária competente;
    - XXI - materiais e medicamentos importados, exceto quando não existirem equivalentes nacionais, e aqueles não reconhecidos pela ANVISA ou Ministério da Saúde;
    - XXII - transplante, com exceção de rim e córnea;
    - XXIII - vacinas e autovacina;
    - XXIV - aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;
    - XXV - procedimentos médico-hospitalares para os quais o beneficiário esteja cumprindo período de carência, ressalvados os casos de urgência e emergência;
    - XXVI - atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica;
    - XXVII - exames cuja finalidade não seja a de tratamento de doença ou sintoma, anomalia ou lesão, tais como os destinados à prova de paternidade e aqueles para instruir processos judiciais e outros de mesma natureza.
- Parágrafo único - As vedações previstas nos incisos II e III deste artigo não se aplicam aos casos descritos abaixo, quando atestados por perícia realizada por

profissional do quadro do PLANSERV, com base em critérios técnicos e prazos previamente definidos pelo órgão:

I - gigantomastia;

II - ginecomastia masculina;

III - abdômen em avental e ptose mamária decorrentes de grande perda ponderal, com complicações clínicas, após cirurgia bariátrica.

p) Haverá o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis necessários para o exercício regular de direitos e do presente contrato, que possuem respaldo na legislação vigente que rege o Planserv para emissão de autorização, elaboração de pareceres e para políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças do Planserv, consoante o abarcado nas exceções de consentimento previsto na Lei Geral de Proteção de Dados n.º 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 (art. 7º, incisos II a VII e art. 11, inciso II)

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR (idêntica ao documento de identificação com foto apresentado)

#### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO

##### TITULAR (Ativo E Inativo, Reda, 1º Emprego e Pensionista)

- 1) Documento de identificação oficial com foto, CPF, Comprovante de residência e último contracheque.

Obs.: O Servidor recém-admitido deve apresentar os mesmos documentos, com exceção do Contracheque, independentemente da geração da matrícula, tendo que apresentar Termo de Assunção ou cópia do Diário Oficial com sua nomeação;

##### TITULAR (Pensionista De Empresas Públicas, Sociedade De Economia Mista E Fundação Estadual De Direito Privado)

- 1) Documento de identificação oficial com foto, CPF, Contracheque ou Extrato de Contribuição do INSS, Comprovante de Residência, Declaração do Órgão informando que o titular era funcionário do quadro, constando o tempo de serviço, Certidão de Casamento e Certidão de Óbito.

##### TITULAR (Ex-empregado de Sociedade de Economia Mista)

- 1) Documento de identificação oficial com foto, CPF, Comprovante de Residência, Declaração do Órgão informando que o titular era funcionário do quadro, constando o tempo de trabalho e a data da rescisão do contrato de trabalho.

##### TITULAR (Servidor Público que se aposentar à custa do Regime Geral de Previdência Social através do Cargo de Provimento temporário no serviço Público Estadual)

- 1) Documento de identificação oficial com foto, CPF, Comprovante de Residência, Carta de Concessão da Aposentadoria da Previdência Social e Certidão de tempo de serviço do Cargo de Comissão.

##### TITULAR (Empregados Inativos de Empresas Públicas de Economia Mista e Fundações instituídas pelo Estado)

- 1) Documento de identificação oficial com foto, CPF, Contracheque ou Extrato de Contribuição do INSS, Comprovante de Residência, Carta de Concessão da Aposentadoria Previdência Social e Declaração da empresa constando a data de admissão e desligamento.

#### DEPENDENTES

##### Companheiro (a)

- 1) Documento de identificação oficial com foto e CPF de ambos, Comprovante de residência, Declaração de Convivência Marital, por instrumento público, de existência da União Estável, bem como duas provas de relação de dependência. Obs.: Em sendo divorciado (a) ou separado (a) judicialmente, certidão de casamento averbada, e, em caso de ser viúvo(a), certidão de casamento e certidão de óbito do(a) cônjuge falecido(a).

##### Cônjuge

- 1) Certidão de Casamento Civil atualizada nos últimos 06 meses, Documento de identificação oficial com foto, Comprovante de residência e CPF do cônjuge.

##### Filho (a) (solteiro (a) menor de 18 anos)

1. Certidão de Nascimento ou Documento de identificação oficial com foto do(a) menor, comprovante de residência e CPF independentemente da idade.

##### Filho (a) (solteiro (a), tutelado (a) e enteado (a), de qualquer idade, desde que seja inválido e dependente economicamente)

1. Documento de identificação oficial com foto, CPF independentemente da idade, Comprovante de residência, Certidão do INSS e da Prefeitura local em nome do dependente (validade de dois meses), comprovando a inexistência de vinculação previdenciária quer como segurado quer como beneficiário dos pais, Relatório Médico com CID (Data de emissão não superior a 01 ano) e Declaração de dependência econômica assinada pelo titular.

##### Enteado (a) (solteiro (a) menor de 18 anos)

- 1) Certidão de Nascimento ou Documento de identificação oficial com foto do(a) menor e Certidão de Casamento e/ou Declaração de Convivência Marital do(a) genitor(a) e CPF independentemente da idade e Comprovante de residência.

##### Tutelado (a) (solteiro (a) menor de 18 anos)

- 1) Termo de Tutela, CPF independentemente da idade e Certidão de Nascimento ou Documento de identificação oficial com foto e Comprovante de residência.

#### AGREGADOS

##### Filho (a), tutelado (a), enteado (a) e ex-pensionista maior de 18 anos e menor de 24 anos

- 1) Documento de identificação oficial com foto, CPF e Comprovante de residência.

##### Agregado Neto menor de 24 anos

- 1) Certidão de Nascimento (obrigatório), Documento de identificação oficial com foto, CPF independente da idade e Comprovante de residência.