

ILMO SR. (A) SUBSECRETÁRIO (A) DO MANAUSMED/SEMAD

Eu, _____, servidor (a) Municipal, matrícula, nº _____
 Lotado na Secretaria _____, Regime _____
 RG nº _____ e CPF nº _____, Residente no endereço Rua, Av _____
 Cep _____.

Telefone de Contato: _____ Telefone de Recado: _____

De acordo com o Decreto Nº 4.108, de 04 de julho de 2018, venho solicitar o atendimento selecionado:

- Inscrição de Titular Inscrição Maior Inválido Cancelamento Dependente
 Inscrição Dependente/Filho Inscrição Menor Tutelado Cancelamento Titular
 Inscrição de Dependente (Esposa/Companheira) Renovação Dependência Econômica
 Troca de Nome e/ou Sobrenome De _____ Para _____
 Regularização de Contribuição Retroativo Continuidade para Pensionista ManausPrev
 Outros _____

AUTORIZAÇÃO PARA CONTRIBUIÇÃO POR MEIO DE DEPÓSITO BANCÁRIO

- Adesão de Servidor Licenciado pelo Período _____ à _____
 Continuidade do Servidor de Licença. Período _____ à _____
 Adesão do Servidor em Disponibilidade para outro Órgão. Período _____ à _____
 Continuidade do Servidor em Disponibilidade para outro Órgão. Período _____ à _____
 Adesão do Regime Previdência (INSS) Continuidade DO Regime de Previdência (INSS)
 Adesão Pensionista (INSS) Continuidade para Pensionista (INSS)

DEPENDENTES

NOME	PARENTESCO	DATA NASC.	SEXO	PROFISSÃO

DISPOSIÇÕES GERAIS**Declaro estar ciente que:**

- A taxa de inscrição custará 50% da UFM o custeio mensal incidirá sobre o total da remuneração, e na hipótese de acumulação remunerada, a contribuição será em relação a cada um dos cargos ocupados, (Art 18º §2º, C/C Art 6º, §2º);
- A carência para o titular conta da primeira contribuição e para o dependente do despacho de deferimento de inscrição, (Art 10º; §2º, §3º);
- Em caso recolhimento realizado por mediante depósito bancário, o percentual devido é de 6%, SOBRE: o total do último subsídio ou remuneração regular do cargo que ocupava na ativa ou do benefício recebido pelo INSS, (Art. 18º, III).
- Estando em disponibilidade o recolhimento de 6% dar-se á sobre o total dos ganhos recebidos no órgão de destino e origem, se houver ganhos a incidir, de (3%), Art. 18º, §3º III a);
- Da necessidade de cobrança de valores para a regularização do desconto devido ao Manausmed, para fins da permanência da carência já adquirida na última adesão, (Art. 8º IV, C/C Art 10º);
- A falta de contribuição na data devida, implica na suspensão dos serviços de forma imediata e que devo apresentar mensalmente o comprovante de depósito do custeio Manausmed até o 5º dia útil do mês subsequente a que à contribuição se referir, (Art. 18º 3º);
- Em caso de solicitação do cancelamento da inscrição em período inferior a 12 meses, havendo utilização do serviço, terei que ressarcir as despesas realizadas por titular e dependentes, (Art 8º I a).;

Comprometo-me comunicar ao Manausmed, qualquer evento que possa anular a presente solicitação no prazo de 30 dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente, o Óbito do assegurado, dependente ou pensionista.

Manaus, _____ de _____

ASSINATURA

CHECK LIST DOCUMENTAÇÃO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Geral (RG) | <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência | <input type="checkbox"/> Cadastro Pessoa Física (CPF) |
| <input type="checkbox"/> Contra Cheque | <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento | <input type="checkbox"/> Certidão Casamento/União Estável |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Existência/Inexistência: INSS – ManausPrev – AmazoPrev | <input type="checkbox"/> Cópia de Comprovante de Depósito. | |
| <input type="checkbox"/> Carta de Concessão do INSS | <input type="checkbox"/> Extrato/Contracheque Atualizado INSS | |
| <input type="checkbox"/> Ficha funcional Servidor (a) com Nome do Dependente Esposo (a) / Companheiro (a) | | |
| <input type="checkbox"/> Laudo Médico - (Maior Inválido) | <input type="checkbox"/> Termo de Tutela - (Menor Tutelado) | |
| <input type="checkbox"/> Cópia de CTPS (Esposa Companheira que exerça alguma profissão) | | |
| <input type="checkbox"/> Declaração de que está desempregado (a) ou que não exerce nenhuma atividade remunerada. | | |

Apresentação de Documentação:

Declaro ter apresentado toda as documentações exigidas no processo por mim solicitado junto ao ManausMed, conforme Check List realizado acima.

Manaus _____ de _____

ASSINATURA (Ciente)

VALIDAÇÕES

SERVIÇO SOCIAL	PROTOCOLO	CADASTRO

JUSTIFICATIVA DO CANCELAMENTO DO PLANO: