

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

Eu, _____, servidor(a) Municipal, matrícula nº _____

Lotado na Secretaria _____, Regime _____

RG nº _____ e CPF nº _____, Residente à Rua / Av _____

CEP _____

Telefone de Contato: _____ Telefone de Recado: _____

De acordo com o Decreto Nº 5657, de 15 de agosto de 2023, venho requerer:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 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 18, §2º e §3º, c/c Art 6º, §2º);
- ☐ A carência para o titular conta da primeira contribuição repassada efetivamente ao MANAUSMED e para o dependente o despacho de deferimento de inscrição (Art 10, §2º e §3º);
- ☐ Em caso de afastamento ou licença o recolhimento será realizado mediante boleto bancário, o percentual devido é de 9% ou 9,5%, SOBRE: o total do último subsídio ou remuneração regular do cargo que ocupava na ativa ou do benefício recebido pelo INSS (Art. 18, III, b e §1º, II);
- ☐ Estando em disponibilidade o recolhimento de 9% ou 9,5% dar-se á sobre o total dos ganhos recebidos no órgão de destino, se houver ganhos na origem será devido de 4% ou 4,5% (Art. 18, III a, §1º, II);
- ☐ Da necessidade de cobrança de valores para a regularização do desconto devido ao Manausmed, para fins da permanência da carência já adquirida na última adesã (Art. 8º IV, C/C Art. 10);
- ☐ A falta de contribuição na data devida, implica na suspensão dos serviços de forma imediata e que deve ser apresentado mensalmente o comprovante de depósito do custeio Manausmed até o 5º dia útil do mês subsequente a que à contribuição se referir (Art. 18, §4º e §6º);
- ☐ Em caso de solicitação do cancelamento da inscrição em período inferior a 12 meses, havendo utilização do serviço, deverão ser ressarcidas as despesas realizadas por titular e dependentes (Art 8º, I, Parágrafo único, I e II);

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.

Manaus/AM, _____ de _____ de _____

ASSINATURA

CHECK LIST DOCUMENTAÇÃO

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Registro Geral (RG) | ☐ Comprovante de Residência | ☐ Cadastro Pessoa Física (CPF) |
| ☐ Contra Cheque | ☐ Certidão de Nascimento | ☐ Certidão Casamento/União Estável |
| ☐ Certidão de Existência/Inexistência: INSS – ManausPrev – AmazoPrev | ☐ Cópia de Comprovante de Depósito. | |
| ☐ Carta de Concessão do INSS | ☐ Extrato/Contracheque Atualizado INSS | |
| ☐ Ficha funcional Servidor (a) com Nome do Dependente Esposo (a) / Companheiro (a) | | |
| ☐ Laudo Médico - (Maior Inválido) | ☐ Termo de Tutela - (Menor Tutelado) | |
| ☐ Cópia de CTPS (Esposa Companheira que exerça alguma profissão) | | |
| ☐ 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/AM _____ de _____ de _____

ASSINATURA (Ciente)

VALIDAÇÕES

SERVIÇO SOCIAL	PROTOCOLO	CADASTRO

JUSTIFICATIVA DO CANCELAMENTO DO PLANO: