



# REQUERIMENTO DE ADESÃO, INCLUSÃO, ALTERAÇÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

## Titular, Dependentes e Agregados



Código no MT Saúde: \_\_\_\_\_

WWW.MTSAUDE.MT.GOV.BR

Plano: ( ) Padrão  
( ) Especial

### Dados do Titular:

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Exclusão	Nome:			
	Endereço:			
	Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
	Data Nascimento: / /	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	RG/ Órgão Emissor:	CPF:
	Telefone:	Celular:	Fone Com.:	E-mail:
	Matrícula:	Órgão em que trabalha:	Cargo/Função:	Lotação:
	Caso o Titular possua mais de uma matrícula, informá-las neste espaço com os respectivos órgãos, cargo e lotação:			

### Dados do Cônjuge/Companheiro(a):

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Exclusão	Nome:			Código:
	Data Nascimento: / /	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	RG/ Órgão Emissor:	CPF:
	Telefone:	Celular:	Fone Com.:	E-mail:
	Matrícula:	Órgão em que trabalha:	Cargo/Função:	Lotação:
	Caso o Titular possua mais de uma matrícula, informá-las neste espaço com os respectivos órgãos, cargo e lotação:			

### Dados dos Demais Dependentes:

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Exclusão	Nome:			Código:
	Data Nascimento: / /	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	RG/ Órgão Emissor:	CPF:
	Parentesco: ( ) Filho Menor de 18 anos ( ) Filho Maior Incapaz ( ) Filho Maior Estudante			
<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Exclusão	Nome:			Código:
	Data Nascimento: / /	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	RG/ Órgão Emissor:	CPF:
	Parentesco: ( ) Filho Menor de 18 anos ( ) Filho Maior Incapaz ( ) Filho Maior Estudante			
<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Exclusão	Nome:			Código:
	Data Nascimento: / /	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	RG/ Órgão Emissor:	CPF:
	Parentesco: ( ) Filho Menor de 18 anos ( ) Filho Maior Incapaz ( ) Filho Maior Estudante			

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Titular	Assinatura MT SAÚDE	Data de Cadastro
-----------------------	---------------------	------------------

**IMPORTANTE: A ADESÃO SE EFETIVARÁ QUANDO OCORRER O PRIMEIRO DESCONTO EM FOLHA**

**Dados dos Agregados:**Plano:  Padrão  
 Especial

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Exclusão	Nome:			Código:		
	Endereço:					
Bairro:		Cidade:		UF:	CEP:	
Data Nascimento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		RG/ Órgão Emissor:	CPF:	
Telefone:		Celular:		Fone Com.:	E-mail:	
Parentesco: <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge ou ex-companheiro(a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Menor sob Guarda						

Plano:  Padrão  
 Especial

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Exclusão	Nome:			Código:		
	Endereço:					
Bairro:		Cidade:		UF:	CEP:	
Data Nascimento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		RG/ Órgão Emissor:	CPF:	
Telefone:		Celular:		Fone Com.:	E-mail:	
Parentesco: <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge ou ex-companheiro(a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Menor sob Guarda						

**CLASSIFICAÇÃO DE TITULARES, DEPENDENTES e AGREGADOS**

Conforme definido no Regulamento do Plano MT SAÚDE, Titulares, Dependentes e Agregados são classificados da seguinte forma:

**Como TITULAR:**

- Os servidores Ativos, Inativos e pensionistas do Poder Executivo, suas autarquias e fundações, inclusive os que ocupam cargos comissionados ou temporários;

**Como DEPENDENTE:**

- O cônjuge ou o(a) companheiro(a);
- O(a) filho(a) de qualquer condição menor de 18 anos;
- O(a) filho(a) solteiro(a), maior de 18 anos, absolutamente incapaz que esteja sob curatela;
- O(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 anos e menor de 24 anos, desde que estudante de nível médio ou superior.

**OBS. DEPENDENTE NÃO PAGA****Como AGREGADO:**

- O ex-cônjuge, separado judicialmente ou divorciado com direito à pensão alimentícia, desde que conste expressamente do processo judicial que o Titular garantirá a saúde;
- Pai e Mãe.
- Os menores de 18 anos que estejam sob guarda judicial do Titular.

**OBS. O AGREGADO PAGA CONFORME TABELA ANEXA, A QUAL ESTIPULA O PREÇO DE CADA UM DE ACORDO COM A SUA IDADE**

Declaro, ao assinar o presente Requerimento, que li e tomei conhecimento de todas as condições, direitos e deveres definidos no Regulamento do Plano MT SAÚDE, o qual foi publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso e se encontra disponível para leitura na internet no endereço [www.mtsaude.mt.gov.br](http://www.mtsaude.mt.gov.br), onde declaro que aceito plenamente todas as cláusulas e condições.

Declaro também ter ciência de que o preenchimento errado deste requerimento ou ausência dos documentos comprobatórios especificados no verso, ensejará ao MT SAÚDE o direito de recusar a adesão de todos ou parte dos Beneficiários e Dependentes aqui especificados.

Desconto Folha: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Titular	Assinatura MT SAÚDE	Data de Cadastro
-----------------------	---------------------	------------------

Motivo Exclusão: \_\_\_\_\_.

# **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO**

Os seguintes documentos deverão ser anexados e enviados junto com este requerimento para a correta efetivação da adesão ao Plano do **MT SAÚDE**.

Na falta dos documentos solicitados ou no caso de preenchimento errado deste requerimento, o MT SAÚDE se reserva no direito de não efetivar a inclusão dos usuários especificados.

## **Titular:**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia do último holerite (quando possuir mais de uma matrícula no Estado, anexar a cópia de todos os holerites);
- Cópia de Comprovante de Endereço (telefone, água ou luz).

## **Dependentes:**

### **Do Cônjuge:**

- Cópia da Certidão de Casamento;
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia do último holerite caso o cônjuge seja também funcionário ou Beneficiário do Estado (quando o cônjuge possuir mais de uma matrícula no Estado, anexar a cópia de todos os holerites).

### **Do Companheiro(a):**

- Cópia da sentença judicial que reconheceu a união estável;
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia do último holerite caso o companheiro(a) seja também funcionário ou Beneficiário do Estado (quando o companheiro(a) possuir mais de uma matrícula no estado, anexar a cópia de todos os holerites).

### **Dos Filhos:**

- Cópia da Carteira de Identidade e/ou Cópia de Certidão de Nascimento.

### **Do(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 (dezoito) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, que seja estudante de nível médio ou superior:**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de matrícula;
- Cópia ou declaração de frequência escolar.

### **Do(a) filho(a) solteiro(a), maior de 18 (dezoito) anos, absolutamente incapaz que esteja sob curatela:**

- Cópia da Carteira de Identidade e/ou Cópia de Certidão de Nascimento;
- Relatório Médico (informando a doença ou deficiência, o início da mesma e o CID).
- Cópia de decisão judicial, que nomeou o titular como curador.

## **Agregados:**

### **Do ex-cônjuge:**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia da sentença judicial de separação ou divórcio.
- Cópia de comprovante de Endereço (telefone, água ou luz)

### **Do Pai ou Mãe:**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia da Carteira de Identidade do titular ou certidão de nascimento do titular, ou qualquer outro documento que comprove tal parentesco.
- Cópia de Comprovante de Endereço (telefone, água ou luz)

### **Do menor de 18 anos que esteja sob guarda judicial do titular:**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia da sentença judicial.

**Importante: os prazos de sua carência passarão a contar a partir do primeiro desconto em folha.**

OBS. Maiores informações ligue 0800 647 7770,  
(65) 3613 7700 ou acesse o site  
[www.mtsaude.mt.gov.br](http://www.mtsaude.mt.gov.br)