

<u>NORMA INTERNA SCL Nº 02/2017 de 16 de maio de 2017</u>		<u>Vigência</u> <u>02/05/2017</u>
<u>Unidade Responsável:</u>	Gerência de Finanças	<u>Versão I</u>
<u>Unidade Executora:</u>	Responsável pelo Cadastro e Recepção	
<u>Assunto</u>	Procedimentos operacionais padrões para licitação	
<u>Setores envolvidos:</u>	I. Gerência de Finanças - Responsável pelo Cadastro II. Gerência de Administração - Assessoria Jurídica III. Unidade de Controle Interno	

1. Objetivos:

Artigo 1º- Convocar os segurados para realizarem o recadastramento do plano de saúde, conforme as disposições estabelecidas pela presente Instrução Normativa, com a finalidade de promover a atualização de seus dados no sistema do Instituto, bem como a confirmação das informações pessoais necessárias a instituição.

1. Definição:

Artigo 2º- Para efeitos desta Instrução Normativa entende-se como segurado (a): Resolução 001/2007, do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso;

- I. Os ocupantes de cargo de provimento efetivo (concurado);
- II. Os pensionistas, aposentados do Impro e celetistas;
- III. Os regidos pela CLT estáveis;
- IV. Os de provimento comissionado;
- V. Os agentes políticos;
- VI. Os servidores da Coder.

2. Do recadastramento

Artigo 3º- O recadastramento dos segurados(as) e seus dependentes possui caráter obrigatório e será realizado mediante o preenchimento do formulário (anexo I), que faz parte integrante desta Instrução Normativa, devendo ser assinado pelo(a) segurado(a) titular e seu cônjuge

Artigo 4º- O Formulário poderá ser retirado, na recepção do Instituto e pelo site www.servsaudemt.com.br e, entregue no próprio Instituto ou enviado, desde que escaneado, por e-

mail: diretoria@servsaudemt.com.br ou servsaudeadm@gmail.com.

Artigo 5º- Em caso de alteração de dados cadastrais (motivo de casamento ou confecção de novo documento) será necessário à apresentação de cópia dos respectivos documentos.

Artigo 6º- É obrigatório:

- I. a entrega da cópia do registro de nascimento do(a) filho(a) maior de 18 (dezoito) anos e,
- II. a cópia do endereço com Cep atualizado e o preenchimento de todos os espaços do formulário.

Artigo 7º- O período de recadastramento será realizado impreterivelmente de 02/05 a 02/06/2017, mediante entrega do mesmo na recepção do Instituto ou via E-mail e confirmado o recebimento.

Artigo 8º- O(a) segurado(a) que deixar de realizar o recadastramento no prazo estabelecido na presente Instrução terá o plano bloqueado até que seja feito e entregue o recadastramento.

§1º O (a) segurado (a) que em razão de doença grave ou estiver fora do município durante o período estabelecido para o recadastramento, deverá encaminhar justificativa comprobatória no prazo de 05(cinco) dias, a contar da data de retorno, a fim de regularizar sua situação cadastral.

3. Das atribuições

Artigo 9º- O recadastramento de que trata esta Instrução Normativa será coordenado pela gerência de administração, a qual apresentará relatório final a diretoria.

Parágrafo Único – As conclusões alcançadas pela gerência de administração, após análise dos dados colhidos no recadastramento, servirão de base para a tomada de providências cabíveis, inclusive para fins de alimentar o sistema de cadastro de forma que atualize e identifique o segurado e seus dependentes juntos as instituições de saúde credenciadas no Serv Saúde.

Artigo 10º- A ficha de recadastramento devidamente preenchida e assinada pelo(a) segurado(a) titular e seu cônjuge e apresentar alguma irregularidade deverá ser entregue conforme cronograma abaixo:

SETOR	ENCAMINHAMENTO
Recadastramento com pendências: Assessoria Jurídica, Controle Interno.	05 a 09/06/ 2017.
Gerência de Administração	19 a 23/06/2017
Segurado (a) (para resolver a pendência)	26 a 30/06/2017

4. Da responsabilização

Artigo 11º- Sujeitar-se-ão à responsabilização civil, administrativa e penal, conforme o caso, os segurados (as) que prestarem declarações falsas ou omitirem dados relevantes para os efeitos desta Instrução Normativa.

Artigo 12º- Esta Instrução Normativa entrará em vigor com sua publicação do Diário Oficial do Município, retroagindo seus efeitos a 02/05/2016.

Rondonópolis (MT), 16 de maio de 2.017.

JACILENE SANTOS SILVA
Diretora Executiva

OLIVIA OLIVEIRA MUNIZ
Gerente de Administração

FLÁVIO DE SOUZA SIQUEIRA
Gerente de Finanças

MARCOS PAULO MODESTO
Assessor Jurídico OAB/MT 15.220

OLÍVIA ZUCATO J. A. ATHAIDE
Unidade de Controle Interno

Registrada neste Instituto e publicada no Diário Oficial do Município,
na data supra, afixada no lugar público de costume.



INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE RONDONÓPOLIS-MT

Lei Municipal nº 4.616, de 25 de agosto de 2005.
Av. João Ponce de Arruda, 1.510 – Bairro Caixa D'água
CEP 78.700-260 – Rondonópolis-MT. (66)3423-2627-99996-2514

COLE A FOTO
DO TITULAR
AQUI

RECADASTRAMENTO

Todos os campos são de preenchimento obrigatórios-CEP-atualizado da Rua

Dados do(a) Titular:

Matrícula:	Nome completo sem abreviatura:		
Data de Nascimento: / /	Sexo: () Masculino () Feminino	RG/Órgão Emissor:	CPF:
Estado Civil:	Nome da mãe:	Nome do pai:	
Endereço (Rua/Av.)			CEP:
Bairro:	Cidade:		UF:
Fone Residencial:	Celular:	Fone Contato:	E-mail:
Secretaria de origem:	Cargo/Função:	Local de Trabalho e telefone:	
() Concursado () Celetista () Celetista Estável () Aposentado () Pensionista () Comissionado			

Cole a foto
aqui
Dep.1

Cole a foto
aqui
Dep.2

Dados do(a) Cônjuge/Companheiro(a):

(Dep.1) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone/Celular	RG/Órgão Emissor:	CPF:	Local de Trabalho e telefone:

Cole a foto
aqui
Dep.3

Dados dos Demais Dependentes:

(Dep.2) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

Cole a foto
aqui
Dep.4

(Dep.3) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

(Dep.4) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

Cole a foto
aqui
Dep.5

(Dep.5) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

Rondonópolis-MT, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Servidor

Assinatura Cônjuge/Convivente