



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO - SEAD
SECRETARIA-ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO MARANHÃO – SAASP
SUPERINTENDÊNCIA DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

nº de documento/processo: _____

REQUERIMENTO DE ADESAO AO FUNBEN			
* Campos com preenchimento obrigatório			
PROCESSO DE INCLUSÃO DE* () TITULAR () DEPENDENTE(S) () TITULAR E DEPENDENTE(S)			
Para a inclusão de dependente faz-se necessária, obrigatoriamente, a contribuição do servidor no FUNBEN.			
DADOS DO TITULAR (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			
NOME COMPLETO *			MATRÍCULA (S) *
ÓRGÃO*	DATA DE POSSE* _/_/____	TIPO DE VÍNCULO* () EFETIVO () COMISSIONADO () CONTRATADO () APOSENTADO () PENSIONISTA	
CPF*	RG*	TELEFONE CELULAR* WhatsApp:() Sim () Não ()	TELEFONE RESIDENCIAL ()
ENDEREÇO*			
COMPLEMENTO*	BAIRRO*	MUNICÍPIO*	UF*
CEP*	E-MAIL*		
DATA DE NASCIMENTO* _/_/____	SEXO* () M () F	ESTADO CIVIL*	
COMPRA DE CARÊNCIA			
Você tem interesse em comprar carência para atendimento imediato? * () SIM () NÃO			
Caso tenha interesse na compra de carência, a SEGEP irá realizar busca no histórico para verificar aptidão para aquisição, nos termos do disposto no art. 30, § 7º da Lei Estadual nº 7.374/99. Se a possibilidade de compra da carência for indeferida, você deseja: *			
<input type="checkbox"/> Continuar com processo de solicitação, ainda que precise cumprir os prazos de carência previstos em Lei (Art. 30, §3). <input type="checkbox"/> Desistir do processo de solicitação e autorizar o arquivamento do pedido.			
DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)			
DEPENDENTE 01			
NOME COMPLETO*			
CPF*	DATA DE NASCIMENTO* _/_/____	SEXO* () M () F	CARTÃO SUS
GRAU DE PARENTESCO* <input type="checkbox"/> Filho(a) menor de 21 anos <input type="checkbox"/> Filho(a) maior de 21 anos e inválido <input type="checkbox"/> Enteado (a) ou Tutelado (a): () Menor de 21 anos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro <small>Pais inválidos: () Pai () Mãe</small>	DN (Declaração de nascido vivo)		PIS/PASEP
	TELEFONE 1 * WhatsApp:() Sim () Não ()	TELEFONE 2 ()	CEP*
	ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)*		
DEPENDENTE 02			
NOME COMPLETO*			
CPF*	DATA DE NASCIMENTO* _/_/____	SEXO* () M () F	CARTÃO SUS
GRAU DE PARENTESCO* <input type="checkbox"/> Filho(a) menor de 21 anos <input type="checkbox"/> Filho(a) maior de 21 anos e inválido <input type="checkbox"/> Enteado (a) ou Tutelado (a): () Menor de 21 anos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro <small>Pais inválidos: () Pai () Mãe</small>	DN (Declaração de nascido vivo)		PIS/PASEP
	TELEFONE 1 * WhatsApp:() Sim () Não ()	TELEFONE 2 ()	CEP*
	ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)*		
DEPENDENTE 03			
NOME COMPLETO*			
CPF*	DATA DE NASCIMENTO* _/_/____	SEXO* () M () F	CARTÃO SUS
GRAU DE PARENTESCO* <input type="checkbox"/> Filho(a) menor de 21 anos <input type="checkbox"/> Filho(a) maior de 21 anos e inválido <input type="checkbox"/> Enteado (a) ou Tutelado (a): () Menor de 21 anos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro <small>Pais inválidos: () Pai () Mãe</small>	DN (Declaração de nascido vivo)		PIS/PASEP
	TELEFONE 1 * WhatsApp:() Sim () Não ()	TELEFONE 2 ()	CEP*
	ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)*		
* Campos com preenchimento obrigatório			



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO - SEAD
SECRETARIA-ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO MARANHÃO – SAASP
SUPERINTENDÊNCIA DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE FICA CONDICIONADA À ADESÃO AO FUNDO DE BENEFÍCIOS DOS SERVIDORES DO ESTADO DO MARANHÃO – FUNBEN, NAS SEGUINTESS CONDIÇÕES:

1. A assistência à saúde será custeada com alíquota de 3% calculada sobre o salário-contribuição do segurado ativo, dos proventos e da pensão, observado o valor máximo de contribuição de R\$ 420,00, acrescida de 1% (um por cento) para cada um dos dependentes inscritos, calculada sobre a mesma base de cálculo do segurado.
2. O segurado ativo que passar a servir, a qualquer título, em outra entidade fora do âmbito dos Poderes estaduais, do Ministério Público e do Tribunal de Contas, ou que for investido em mandato eletivo ou que passar a perceber seus proventos por meio de ente previdenciário diverso ao do Regime Próprio do Estado do Maranhão, poderá optar por fazer jus à assistência à saúde, devendo este promover o recolhimento da sua contribuição e da contribuição patronal ao FUNBEN, no prazo estabelecido no art. 16 da Lei 10.878, DE 04 DE JULHO DE 2018.
3. A assistência à saúde compreende a prestação de serviços médicos ambulatoriais, hospitalares de média e alta complexidade, odontológicos e outros serviços relacionados à saúde, prestados por meio de instituições credenciadas, contratadas na forma prevista na Lei, ou por corpo técnico próprio, devidamente criado por lei, observadas as coberturas definidas nos contratos firmados junto a essas instituições e empresas, bem como os regulamentos e editais publicados. (Redação dada pela LEI Nº 10.878, DE 04 DE JULHO DE 2018).

4. CARÊNCIA

4.1. Para a Assistência à Saúde não se exige Carência:

- 4.1.1. do segurado ativo, do aposentado e do pensionista que já descontam para o FUNBEN quando da publicação da Lei nº 10.079/2014;
- 4.1.2. do servidor efetivo que, aprovado em concurso público, faça opção no momento de sua posse, para contribuir ao FUNBEN ou em até 30 dias após a sua posse;
- 4.1.3. do filho recém-nascido, de servidor já contribuinte do FUNBEN há mais de 90 dias, quando a solicitação de inclusão de dependente for feita em até 30 dias a contar do nascimento com vida;
- 4.1.4. do filho adotado, de servidor já contribuinte do FUNBEN há mais de 90 dias, quando a solicitação de inclusão de dependente for feita em até 30 dias a contar da sentença constitutiva do vínculo, na forma do art. 47 da Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990;
- 4.1.6. do pensionista que já era contribuinte como dependente do FUNBEN, por mais de 90 dias, sem prejuízo da mudança da alíquota do desconto, se a solicitação for feita no momento do requerimento da pensão;
- 4.1.7. do servidor aposentado que já era contribuinte do FUNBEN, quando servidor da ativa, por mais de 90 dias, se a solicitação for feita no momento do requerimento de aposentadoria;
- 4.1.8. do servidor comissionado que, no momento da posse, faça opção para contribuir ao FUNBEN ou em até 30 dias após esta;

4.2. É exigido carência de:

- 4.2.1. 24 horas para os atendimentos de urgência e emergência;
- 4.2.2. 60 (sessenta dias) para consultas ambulatoriais eletivas, exames e procedimentos odontológicos;
- 4.2.3. 90 (noventa dias) para cirurgias e internações do segurado e inativo e seus dependentes e do pensionista;
- 4.3. Ao segurado que optar pelo retorno à prestação da assistência à saúde, após exclusão opcional da contribuição ao FUNBEN, será exigido o prazo de carência que trata o item 4.2.4.4. Qualquer interrupção voluntária na contribuição vertida à assistência à saúde implicará a submissão dos prazos de carência previstos no item 4.2.
- 4.4. Qualquer interrupção voluntária na contribuição vertida à assistência à saúde implicará a submissão dos prazos de carência previstos no item 4.2.
- 4.5. O disposto no item 4.2. não se aplica ao segurado ativo, ao aposentado e ao pensionista que nunca tenha contribuído para o FUNBEN, desde que este recolha a sua contribuição bem como a contribuição patronal do período máximo de carência no momento da solicitação de inclusão;
5. Consideram-se dependentes dos segurados, para fruição dos serviços da assistência à saúde, os definidos no art. 11 da Lei Complementar nº 73 de 4 de fevereiro de 2004.

6. EXCLUSÃO

- 6.1. O servidor ativo, o aposentado e o pensionista que não desejar permanecer vinculado à assistência à saúde deverá se manifestar pela exclusão do desconto da contribuição do FUNBEN, mediante requerimento em formulário específico;
- 6.2. O requerimento deverá ser protocolado na Unidade Setorial de Recursos Humanos do órgão ou entidade de exercício do servidor, que providenciará a sua imediata exclusão do sistema de pagamento, com vigência correspondente a data do protocolo do requerimento;
- 6.3. A opção referida no item anterior implica a exclusão de todos os dependentes inscritos;
- 6.4. A partir da data da opção pela exclusão, o segurado e seus dependentes e o pensionista não poderão utilizar a assistência à saúde de que trata a Lei nº 7.379/1999 e suas alterações;
- 6.5. Em caso de uso indevido, será cobrado do segurado ou do pensionista o valor integral dos procedimentos realizados com base na tabela constante do contrato celebrado com a instituição credenciada conforme regulamento;
- 6.6. Ficará suspensa a utilização dos serviços prestados pelo FUNBEN ao segurado, pensionista ou dependente que deixar de comparecer a procedimento de perícia final, quando previamente agendado pelo prestador credenciado;
- 6.7. A suspensão dos serviços a que se refere o item anterior fica restrita à mesma especialidade a qual o segurado, pensionista ou dependente deva proceder com procedimento de perícia e findar-se-á após sua efetiva realização.

TERMOS DE ACEITE:

Em caso de existência de mais de uma matrícula, declaro estar ciente de que o desconto da contribuição será efetuado na de maior valor, nos termos do Art. 21 da Lei Estadual Nº 7.374/99.

As documentações enviadas devem estar legíveis, aptas à comprovação das informações apresentadas, sem rasuras e em boa qualidade de digitalização, caso contrário poderá ser solicitada atualização do documento apresentado.

A solicitação será processada no prazo de 48 horas úteis, com posterior abertura do processo e retorno do número do mesmo via e-mail. Após, será realizada análise documental e inclusão no prazo de até 15 (quinze) dias, caso não tenha pendência de documentos, podendo ser prorrogado nos termos da Lei Nº 8.959/2009.

Caso constatada pendência de documentação será permitida a juntada de documentos no prazo de 30 (trinta) dias pelo servidor, após cientificação via e-mail, que caso não procedida terá por consequência o arquivamento do processo.

Para a inclusão de dependente faz-se necessária, obrigatoriamente, a contribuição do servidor no FUNBEN.

Manifesto ciência e concordância com todos os termos acima listados, bem como das disposições da Lei Complementar Nº 073/2004, da Lei Estadual Nº 7.374/1999, e suas respectivas alterações, responsabilizando-me por todas as informações prestadas, nos termos da lei.

MANIFESTO A OPÇÃO PELA ADESÃO AO FUNBEN E INCLUSÃO DA RESPECTIVA CONTRIBUIÇÃO NO MEU CONTRACHEQUE

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do servidor (de próprio punho)