

**CHECK-LIST PARA O RECADASTRAMENTO DO PASS  
INATIVOS E PENSIONISTAS**

**USO EXCLUSIVO DO (A) SERVIDOR (A) QUE ESTÁ PRESTANDO ATENDIMENTO AO RECADASTRANDO.**

|  |   |
|--|---|
| <b>RECADASTRANDO(A)</b>  |   |
| <b>SITUAÇÃO FUNCIONAL:</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> INATIVO(A) MAGISTRADO(A) <input type="checkbox"/> INATIVO(A) SERVIDOR(A)<br><input type="checkbox"/> PENSIONISTA DE MAGISTRADO(A) <input type="checkbox"/> PENSIONISTA DE SERVIDOR(A) |   |
| <b>ESPECIFICIDADE:</b>   | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA, OU: |
| <input type="checkbox"/> RECADASTRANDO REPRESENTADO POR PROCURAÇÃO<br><input type="checkbox"/> RECADASTRANDO TUTELADO OU CURATELADO<br><input type="checkbox"/> RECADASTRANDO RESIDENTE NO EXTERIOR            |   |

| RECADASTRANDOS  | S/ N, N/A <sup>1</sup> | Doc. |
|---|------------------------|------|
| <b>Informações do titular do auxílio-saúde</b>  |                        |      |
| 1. O aposentado ou pensionista recadastrando possui cadastro vigente na extranet do Tribunal para ter acesso ao formulário eletrônico?  |                        |      |
| <p><i>Em caso negativo:</i></p> <p>a. solicitar suporte ao servidor da SETIC que estiver presente no local do cadastramento; ou</p> <p>b. encaminhar o recadastrando à Central de Serviço de TIC no 3º andar do Anexo I; ou</p> <p>c. solicitar que o recadastrando entre em contato com a Central de TIC através do telefone/whatsapp 8520181919 ou pelo e-mail centraldeserviços@trt7.jus.br.</p> |                        |      |
| 2. A titularidade do plano de saúde cadastrado no Programa de Assistência à Saúde Suplementar do TRT7 é de quem?  |                        |      |
| 2.1 Escolha uma das opções do formulário (SIM ou NÃO)   |                        |      |

<sup>1</sup> S - SIM; N - NÃO; N/A - Não se aplica.

## CHECK-LIST PARA O RECADASTRAMENTO DO PASS

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>3. É servidor(a) de outro órgão público ou possui vínculo com entidade da Administração Pública Indireta (autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública)?</p>  |  |  |
| <p><b>Em caso positivo:</b></p> <p>a. informar o órgão ou a empresa pública, selecionando um nome constante da tabela ou clicando logo abaixo do campo e digitando o nome da entidade, caso ele não conste da tabela.</p>   |  |  |
| <p>4. Deficiência: informar se possui ou não.</p> <p>4.1 Não há necessidade de comprovação durante o cadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias.</p>   |  |  |
| <p>5. Doença grave: basta informar se possui ou não.</p> <p>5.1 Não há necessidade de comprovação durante o cadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias.</p> <p>5.2 Para consultar o rol de doenças especificadas em lei, basta clicar no link ao lado da pergunta.</p> |  |  |
| <p>6. O reembolso do auxílio-saúde é realizado através de recibo entregue na Secretaria de Saúde do TRT-7?</p>  |  |  |
| <p><b>Em caso positivo:</b></p> <p>a. Informar o Plano de saúde e/ou odontológico selecionando um nome constante da tabela ou clicando na caixa de diálogo logo abaixo do campo, digitando o nome da entidade, caso ela não conste na tabela.</p>   |  |  |
| <p><b>Informações do dependente</b></p>   |  |  |
| <p>7. Dados do dependente:</p> <p><i>O formulário traz os dados constantes no Sistema de Gestão de Pessoas - SIGEP-JT preenchidos por ocasião da inclusão do(s) dependente(s) no programa e deverão ser corrigidos ou inseridos, caso necessário.</i></p> <p><i>As regras a serem seguidas são as seguintes:</i></p>  |  |  |

## CHECK-LIST PARA O RECADASTRAMENTO DO PASS

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>a. Os dados que possuem o símbolo (*) ao lado do campo, são de preenchimento obrigatório;</p>   |  |  |
| <p>b. Os dados pessoais sensíveis, tais como nome do familiar, CPF, data de nascimento, naturalidade, nome do pai/mãe, CEP, logradouro, número, bairro, município, pais, telefones, deficiência, invalidez e doença grave são de <b>preenchimento obrigatório</b>;</p> <p style="margin-left: 40px;">i. <b>Deficiência:</b>informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o recadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias.</p> <p style="margin-left: 40px;">ii. <b>Invalidez:</b> informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o recadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias.</p> <p style="margin-left: 40px;">iii. <b>Doença grave prevista em lei:</b> informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o recadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias. Para consultar o rol de doenças especificadas em lei, basta clicar no link ao lado da pergunta.</p> |  |  |
| <p>c. Se houver necessidade de alterar algum dado a seguir, o sistema exigirá um documento comprobatório, que poderá ser a certidão de nascimento, casamento ou a identidade. São eles: nome do familiar, CPF, data de nascimento. A inclusão no formulário dos documentos mencionados deverá ser feita através de upload e é <b>obrigatória</b>.</p>  |  |  |
| <p>8. O reembolso do auxílio-saúde do dependente cadastrado é realizado através de recibo entregue na Secretaria de Saúde do TRT-7?</p>  |  |  |
| <p><b>Em caso positivo:</b></p> <p>a. informar o Plano de saúde e/ou odontológico selecionando um nome constante da tabela ou clicando na caixa de diálogo logo abaixo do campo,</p>   |  |  |

## CHECK-LIST PARA O RECADASTRAMENTO DO PASS

|  |  |  |
|--|--|--|
| digitando o nome da entidade, caso não conste na tabela.   |  |  |
| 9. Beneficiário permanece como dependente econômico para fins de recebimento do Auxílio-saúde reembolsado pelo Tribunal?:  |  |  |
| <b>Em caso negativo:</b><br>9.1 Informe a data em que se deu a causa da cessação da dependência e o motivo da não continuidade.  |  |  |
| <b>Em caso positivo:</b><br>9.2 Confirme ou altere o vínculo atual com o seu dependente, selecionando um dos itens da tabela;<br><br>9.3 De acordo com o tipo de vínculo de dependência selecionado, o formulário se comportará conforme abaixo:<br><br>9.3.1 Se o dependente for filho, menor sob guarda ou enteado e for emancipado, deverá ser informado como se deu a emancipação selecionando uma das opções da tabela e a data da emancipação.<br><br>9.3.2 Deverá ser informado ainda, se o filho, menor sob guarda ou enteado aufere pensão de terceiros e em caso positivo, informar a partir de qual data o recebimento se deu.<br><br>9.3.3 Para os demais tipos de dependência, deverá ser informado apenas se o dependente aufere pensão de terceiros e em caso positivo, informar a partir de qual data o recebimento se deu.<br><br>9.3.4 O formulário traz esclarecimentos sobre o que estabelece o Código Civil no que concerne à emancipação de menores.<br><br>9.3.5 <b>Havendo alteração do vínculo familiar, o formulário exigirá a anexação de documento comprobatório da nova situação, que poderá ser a certidão de nascimento, o CPF, a certidão de casamento, a identidade, a declaração do imposto de renda, a decisão judicial no caso de tutelado ou menor sob guarda e a comprovação de reconhecimento de união estável.</b><br><br>9.3.6 Para consultar quais familiares podem ser considerados dependentes econômicos, basta clicar no link em azul no item 3 do formulário. |  |  |
| 10. Dependente é servidor de outro órgão público ou  |  |  |

## CHECK-LIST PARA O RECADASTRAMENTO DO PASS

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>possui vínculo com entidade da administração pública indireta (autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública)?</p>   |  |  |
| <p>10.1 Em caso positivo, deverá ser informado a qual órgão ou empresa pública ele se encontra vinculado.</p> <p>10.2 Se o órgão/entidade não for encontrado na tabela apresentada, basta clicar abaixo do campo e digitar manualmente o nome;</p>  |  |  |
| <p>11. Recebe auxílio pelo órgão ou entidade indicado no item anterior?</p>   |  |  |
| <p><b>Em caso positivo:</b></p> <p>11.1 Informar a data que o dependente passou a receber o auxílio-saúde ou benefício semelhante;</p>  |  |  |
| <p><b>Em caso negativo:</b></p> <p>11.4 Anexar ao formulário, documento comprobatório do não recebimento do benefício pelo órgão do dependente.</p> <p><b>11.5 Havendo dificuldade em obter a declaração no prazo estabelecido pelo cadastramento, será admitido anexar o contracheque atual do dependente.</b></p>   |  |  |
| <p><i>O formulário disponibiliza ainda, um campo texto para que o cadastrando possa prestar informações adicionais.</i></p>   |  |  |
| <p><i>Ao clicar no botão SALVAR localizado na parte final do formulário correspondente aos dados do titular ou dos dependentes, será exibida uma mensagem de aviso. Em seguida, será necessário clicar no botão CONFIRMAR e neste momento o sistema verificará se todos os dados e documentos comprobatórios foram preenchidos e anexados. Caso não tenham sido, serão exibidas mensagens de erro na cor vermelha na parte superior do formulário, indicando as inconsistências que devem ser sanadas.</i></p> <p><b><i>O envio do formulário somente será possível com o preenchimento completo dos dados e após fazê-lo, um recibo será gerado automaticamente.</i></b></p> |  |  |
| <p><b>Observações:</b></p>  |  |  |

## CHECK-LIST PARA O RECADASTRAMENTO DO PASS

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <b>Servidor responsável:</b><br>Válido somente com assinatura eletrônica<br>(cf. art. 6º do Ato TRT7.GP 303/2015) | <b>Local e Data: Fortaleza,</b> |
|---|---------------------------------|