

Título: Requerimento de (Re)Cadastro no Programa de Apoio Social (PAS)

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-0545 - V.0

Fase: Vigente

APRESENTAR ESTE REQUERIMENTO NO ATO DO (RE)CADASTRO
Na falta de qualquer documento relacionado, não será efetivado o (re)cadastro

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO ATENDENTE

CADASTRO SOCIOECONÔMICO

RECADASTRO SOCIOECONÔMICO

Processo SEI n. _____

Beneficiário(a): _____ Matrícula: _____

Obs.: Beneficiário(a) é a pessoa que está doente e que vai fazer uso do Programa de Apoio Social (PAS)

O/A beneficiário/a mora com:

NOME	PARENTESCO

Contato com o/a beneficiário/a por meio de:

Telefone () _____

E-mail (legível): _____

1. FOTOCÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS:

- RG e CPF (ou documento com foto e número da Identidade e CPF) do beneficiário ao PAS
- CPF de todos os maiores de 18 anos que residem sob o mesmo teto que o beneficiário ao PAS
- Certidão de nascimento ou RG dos filhos menores de 18 anos que residem sob o mesmo teto que o beneficiário ao PAS.

2. RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO E LEGÍVEL (VALIDADE DE ATÉ 3 MESES)

CADASTRO NO PAS: Relatório médico do portador da doença contendo o diagnóstico, CID, forma (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise e/ou hemotransfusão) e duração do tratamento.

RECADASTRO NO PAS:

- **Para câncer:** "Relatório médico para acompanhamento dos usuários com câncer cadastrados no PAS"
- **Para Insuficiência Renal Crônica - IRC, transplantado:** "Relatório Médico para acompanhamento do paciente cadastrado no Programa de Apoio Social - PAS com Insuficiência Renal Crônica - IRC, transplantado" + exame de clearance de creatinina ou creatinina sérica

3. FOTOCÓPIA DO COMPROVANTE DE RENDA ATUALIZADO (VALIDADE DE ATÉ 3 MESES) de todos os maiores de 18 anos que residem sob o mesmo teto que o beneficiário ao PAS. (exemplo: seguro, esposa, filhos, pais, etc...):

• **Para trabalhador ativo com contra-cheque** (apenas um contracheque de cada trabalhador):

Contra cheque de todos que estão trabalhando

Título: Requerimento de (Re)Cadastro no Programa de Apoio Social (PAS)

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-0545 - V.0

Fase: Vigente

• **Para aposentados e pensionistas:**

Contra-cheque(s) do(s) pagamento(s) da **aposentadoria e/ou pensão** do órgão governamental
 Demonstrativo de pagamento da **aposentadoria e/ou pensão e/ou benefício (BPC) do INSS**
(precisa ser o "**EXTRATO DE BENEFÍCIO**" - retirado em qualquer terminal eletrônico do banco que a pessoa recebe o benefício, na opção de extratos. **Não será aceito extrato comum de movimento de conta bancária**)

• **Para quem tem outras rendas** (aluguéis, gado, aposentadorias privadas, etc):

Fotocópia dos comprovantes de outras rendas

• **Para autônomos e desempregados** - Datar, assinar igual carteira de identidade ou de motorista e apresentar a cópia do documento:

Declaração ORIGINAL e pessoal de trabalho autônomo, com função e valor da renda mensal:

- **Modelo:** Eu _____, CI nº _____, CPF nº _____, Estado Civil _____, Endereço _____, declaro, para os devidos fins, que exerço a atividade de _____, com ganho mensal de R\$ _____.

Declaração ORIGINAL e pessoal de desemprego:

- **Modelo:** Eu _____, CI nº _____, CPF nº _____, Estado Civil _____, Endereço _____, declaro, para os devidos fins, que estou desempregado(a) e que não possuo outras rendas.

4. FOTOCÓPIA DA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA – de todos os maiores de 18 anos que residem sob o mesmo teto que o beneficiário ao PAS e que entregam a Declaração à Receita Federal:

Declaração de Imposto de Renda anual, declarada, com todas as páginas da declaração, incluindo o recibo de entrega na Receita Federal (2 folhas).

No ato do (re)cadastro, é realizada consulta sobre a situação do usuário ou dependente, no site da receita federal, pela Auditoria de Serviço Social.

5. FOTOCÓPIA DE COMPROVANTE DE DESPESAS ATUALIZADAS (APENAS UM DE CADA DESPESA - VALIDADE DE ATÉ 3 MESES)

- Despesa com água
- Despesa de energia
- Despesa com conta telefônica
- Despesa com condomínio
- Pagamento de aluguel ou financiamento (pode ser o recibo ou contrato contendo o valor)
- Pagamento de mensalidade escolar (educação)
- Relatório médico atualizado e legível (válido por até 3 meses) de pessoa com deficiência ou com doença crônica de alto custo que residir sob o mesmo teto que o beneficiário ao PAS.

Setor de Auditoria de Serviço Social

Fone: 62.3238.2524 / 3238.2421

E-mail: auditoriaservicosocial@ipasgo.go.gov.br

Av. 1ª Radial, nº 586, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO | CEP: 74.820-300