

GRUPO II - ADESÃO DE DEPENDENTES (ANEXO II)

Dependente	Crítérios regulamentares	Documentação
Cônjuge	Casamento civil devidamente lavrado em Cartório, ocorrido após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Documento oficial de identificação; - Certidão de Casamento.
Companheiro	Comprovação de pelo menos 3 requisitos descritos no art. 22, § 3º, do Decreto 3048/1999, cujos critérios foram cumpridos após transferência do empregado titular ao Grupo II: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/decreto/D3048.htm	- Documento oficial de identificação; - Declaração de união estável registrada em cartório.
Filho menor de 21 anos	Filho solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, até 21 anos de idade, cujo nascimento ou filiação se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Certidão de Nascimento ou Comprovação de filiação e início de seus efeitos.
Filho estudante	Filho solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, estudante universitário, de 21 a 24 anos de idade, cuja filiação se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Comprovação de filiação e início de seus efeitos; - Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual.
Filho Agregado	Filho solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, de 24 a 28 anos de idade, cuja filiação se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Certidão de Nascimento.
Enteado menor de 21 anos	Enteado solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, sob guarda judicial do empregado titular, até 21 anos de idade, cuja decisão judicial se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Certidão de Nascimento; - Documento oficial de identificação do cônjuge ou companheiro; - Decisão judicial de guarda ao empregado titular.
Enteado estudante	Enteado solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, sob guarda judicial do empregado titular, estudante universitário, de 21 a 24 anos de idade, cuja decisão judicial se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Certidão de Nascimento; - Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual. - Documento oficial de identificação do cônjuge ou companheiro; - Decisão judicial de guarda ao empregado titular.
Menor de 21 anos sob guarda, tutela ou curatela	Menor de 21 anos de idade sob guarda, tutela ou curatela do empregado titular, solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, cuja decisão judicial se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Certidão de Nascimento; - Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular.
Estudante sob guarda, tutela ou curatela	Jovem sob guarda, tutela ou curatela do empregado titular, solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, estudante universitário, de 21 a 24 anos, cuja decisão judicial se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Certidão de Nascimento; - Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual. - Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular.
Agregado sob guarda, tutela ou curatela	Jovem sob guarda, tutela ou curatela do empregado titular, solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, não estudante universitário, de 21 a 24 anos , cuja decisão judicial se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.	- Certidão de Nascimento; - Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular.

Nome do Titular: <input type="text"/>	
Matrícula funcional: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>
E-mail pessoal: <input type="text"/>	
Telefone residencial: <input type="text"/>	Telefone celular: <input type="text"/>
Logradouro: <input type="text"/>	Nº: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
CEP: <input type="text"/>	
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>

Solicito adesão ao Programa de Assistência à Saúde dos Empregados do SERPRO – PAS/SERPRO – Grupo II do(s) dependente(s) abaixo:

1º Dependente:

Nome completo:			
Nome Social (se houver no CPF):			
Relação de dependência (vide quadro no verso):			
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
CPF: <input type="text"/>	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		

2º Dependente (se for o caso):

Nome completo:			
Nome Social (se houver no CPF):			
Relação de dependência (vide quadro no verso):			
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
CPF: <input type="text"/>	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		

3º Dependente (se for o caso):

Nome completo:			
Nome Social (se houver no CPF):			
Relação de dependência (vide quadro no verso):			
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
CPF: <input type="text"/>	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		

Declaro que:

- Conheço e estou de acordo com os termos do Regulamento PAS/SERPRO – Grupo II;
- Estou ciente que beneficiários do Grupo II não fazem jus à participação do SERPRO no custeio da mensalidade. Eventual vantagem financeira concedida por Módulo de Incentivo (APA) não se aplica a Agregado;
- Meu(s) dependente(s) cumpre(m) todos os critérios regulamentares mencionados no quadro acima;
- O evento que enseja o cumprimento dos critérios regulamentares de meu(s) dependente(s) ocorreram após a transferência do empregado titular do Grupo I para o Grupo II >> nascimento, adoção, casamento, união estável e/ou decisão judicial;
- Estou ciente que a adesão ao plano de saúde terá vigência na próxima data referência disposta em cronograma específico, considerando o dia de recebimento da documentação completa e correta pela SUPGP: 1º dia útil do mês ou dia útil seguinte ao bloqueio mensal da folha de pagamento;
- Autorizo a cobrança por meio de boleto bancário dos valores a título de mensalidades do plano de saúde do meu grupo familiar;
- Anexe a este formulário a documentação exigida para adesão do(s) dependente(s), conforme quadro acima;
- Estou ciente que a adesão ao plano de saúde está condicionada ao atendimento das disposições regulamentares vigentes e à apresentação da documentação completa e correta exigida.

Data do requerimento: / /

Assinatura digital ou manuscrita do Beneficiário Titular