

GRUPO I - ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS (ANEXO I)

Dependente	Critérios regulamentares	Documentação
Cônjuge	Casamento civil devidamente lavrado em Cartório.	- Documento oficial de identificação; - Certidão de Casamento.
Companheiro	Comprovação de pelo menos 3 requisitos descritos no art. 22, § 3º, do Decreto 3048/1999: 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	- Certidão de Nascimento.
Filho estudante	Filho solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, estudante universitário, de 21 a 24 anos de idade.	- Certidão de Nascimento; - Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual.
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.	- 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.	- 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.	- 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.	- Certidão de Nascimento; - Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual. - Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular.
Invalído	Filho e enteado ou jovem sob guarda, tutela ou curatela do empregado titular, solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, sem limite de idade, que, durante a vigência do plano de saúde, sejam acometidos por invalidez permanente comprovada por médico especialista e homologada pelo Serviço Médico do SERPRO.	- Homologação da invalidez permanente pelo Serviço Médico do SERPRO; - Certidão de Nascimento; - Documento oficial de identificação do cônjuge ou companheiro, se enteado; - Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular, se enteado ou jovem citado pelo poder judiciário.

Preenchimento obrigatório:

Nome do Titular:	<input type="text"/>		
Nome Social (se houver no CPF):	<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 I de:
 Titular e Dependente(s) Somente Titular Somente Dependente(s)

1º 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: / /
CPF:	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: / /
CPF:	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: / /
CPF:	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 I;
- Meu(s) dependente(s) cumpre(m) todos os critérios regulamentares mencionados no quadro acima;
- 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 o desconto em folha de pagamento (prioritariamente, quando houver) ou cobrança por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU) dos valores a título de mensalidades do plano de saúde do meu grupo familiar;
- Anexeï 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