

## FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO – PLANO DE SAÚDE (ANEXO IX)

| Dependente                                      | Critérios regulamentares  |
|---|---|
| Cônjuge   | Casamento civil devidamente lavrado em Cartório.  |
| Companheiro                                     | Comprovação de pelo menos 3 requisitos descritos no art. 22, § 3º, do Decreto 3048/1999:<br><a href="http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/decreto/D3048.htm">http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/decreto/D3048.htm</a>   |
| Filho menor de 21 anos                          | Filho solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, até 21 anos de idade  |
| Filho estudante                                 | Filho solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, estudante universitário, de 21 a 24 anos de idade.  |
| Filho Agregado                                  | Filho solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, não estudante universitário, de 21 a 28 anos de idade.  |
| 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.   |
| 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.  |
| 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.  |
| 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.  |
| Agregado sob guarda, tutela ou curatela         | Enteado ou 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 <b>24 anos</b> .   |
| 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, foi acometido por invalidez permanente comprovada por médico especialista e homologada pelo Serviço Médico do SERPRO. |
| Mãe / Pai                                       | Renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, depender unicamente do empregado titular, não possuir outro plano de saúde, <b>já encontrar-se inscrito no PAS ininterruptamente desde Abril/1998</b> , sem limite de idade.  |

### 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"/>  |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo | Vínculo funcional: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Inativo |
| 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"/>   |
| Cidade: <input type="text"/>   | CEP: <input type="text"/>  |
|  | UF: <input type="text"/>   |

**Identificar os dependentes a serem cadastrados no verso.**

Declaro que:

- Conheço e estou de acordo com os termos do Regulamento PAS/SERPRO;
- Meu(s) dependente(s) cumpre(m) todos os critérios regulamentares mencionados no quadro acima, sob pena de responsabilização;
- Comprometo-me a apresentar a documentação necessária para comprovação dos critérios regulamentares do meu plano de saúde e do(s) meu(s) dependente(s), quando solicitado pelo SERPRO;
- Estou ciente que eventuais dependentes, registrados sob as relações de dependência citadas no quadro acima, que não forem recadastrados quando da solicitação do SERPRO, poderão ser sumariamente excluídos do plano de saúde.

**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 |  |  |

Data do requerimento:  /  /

Assinatura digital ou manuscrita do Beneficiário Titular