

**FORMULÁRIO DE ADESÃO/TRANSFERÊNCIA DE DEPENDENTE A AGREGADO ( ANEXO VII )**

Dependente	Critérios regulamentares	Documentação
Filho Agregado	Filho solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, não estudante universitário, de 21 a 28 anos de idade.	- Certidão de nascimento.
Enteado Agregado	Enteado sob guarda do empregado titular, solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, não estudante universitário, de 21 a <b>24 anos</b> .	- Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular, com efeitos vigentes.
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 <b>24 anos</b> .	- Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular, com efeitos vigentes.

**Preenchimento obrigatório:**

Nome do titular:			
Nome social (se houver no CPF):			
Matrícula funcional:		CPF:	
E-mail pessoal:			
Telefone residencial:		Telefone celular:	
Logradouro:			N°:
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Cidade:			UF:

Solicito transferência ao Programa de Assistência à Saúde dos Empregados do SERPRO – PAS/SERPRO – Grupo II do meu(s) dependente(s) abaixo, na condição de AGREGADO:

**1º Dependente**

Nome completo:			
Nome social (se houver no CPF):			
Relação de dependência (vide no 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 no 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 II;
- Todas as informações prestadas são fiéis e verdadeiras;
- Estou ciente que a adesão e permanência no Plano de Saúde estão condicionadas as disposições regulamentares, apresentação de documentação completa solicitada pela empresa na adesão e a qualquer momento, e que em caso de descumprimento o benefício será excluído bem como, em se identificando irregularidades com o objetivo de fraude o beneficiário incorrerá nas punições legais cabíveis;
- Estou ciente que beneficiários do Grupo II não fazem jus à participação do SERPRO no custeio da mensalidade e que eventual vantagem financeira concedida por Módulo de Incentivo (APA) não se aplica a Agregado;
- Autorizo o desconto em folha de pagamento (prioritariamente, quando houver) ou cobrança por meio de boleto bancário dos valores a título de mensalidades do plano de saúde do meu grupo familiar;
- Os dados pessoais do Beneficiário Titular e seus Dependentes coletados pelo PAS/SERPRO no momento da adesão ao Programa de Assistência à Saúde dos Empregados do SERPRO, assim entendidos aqueles necessários para a execução deste contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o Titular (ora BENEFICIÁRIO), têm por finalidade a realização de tratamento para propósitos legítimos, a saber, promover a gestão do contrato do Plano de Apoio à Saúde (execução de contrato, Art. 7o, II), bem como o cumprimento de obrigação legal ou regulatória (Lei 9.656/98 e normativos da ANS), ou os necessários para a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, além de outros descritos no artigo 7º da Lei Geral de Proteção de Dados (13.709/2018), como o legítimo interesse das partes contratantes;
- O Beneficiário Titular consente e autoriza, desde já, que o PAS/SERPRO compartilhe seus os dados pessoais e dos seus Dependentes, sempre em seu melhor interesse, com órgãos controladores da atividade de saúde complementar, para fins de cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, exercício regular de direitos e tutela da saúde e com os terceiros contratados para gerir os serviços prevenção, diagnóstico e tratamento médico, paramédico e hospitalar, indispensáveis à manutenção e reabilitação da saúde, cientificando-se de que o PAS/SERPRO exige dos referidos fornecedores comprometimento formal de observância dos requisitos legais de segurança, qualidade, sigilo, preservação, integridade e disponibilidade, em plena observância das disposições legais de privacidade e proteção de dados pessoais.

Data do requerimento:  /  / 

---

Assinatura digital ou manuscrita do Beneficiário Titular