

GRUPO II - ADESÃO DE DEPENDENTES (ANEXO II)

Dependente	Critérios 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.

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"/>
Cidade: <input type="text"/>	CEP: <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: <input type="text"/>	
Nome social (se houver no CPF): <input type="text"/>	
Relação de dependência (vide no quadro no verso): <input type="text"/>	
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: <input type="text"/>	
Nome social (se houver no CPF): <input type="text"/>	
Relação de dependência (vide no quadro no verso): <input type="text"/>	
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;
- 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 a 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