

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: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/decreto/D3048.htm
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 24 anos .
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, já encontrar-se inscrito no PAS ininterruptamente desde Abril/1998 , 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"/>
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"/>

Identificar os dependentes a serem cadastrados no verso.

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
3º 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;

- 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.

- 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