

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE CONDIÇÃO DE DEPENDENTE PARA ESTUDANTE

Relação de Dependência	Critérios regulamentares	Documentação
Filho estudante	Filho solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, estudante universitário, de 21 a 23 anos de idade.	- Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual.
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 23 anos de idade.	- Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual; - Decisão judicial de guarda ao empregado titular, com efeitos vigentes.
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 23 anos.	- Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual; - Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular, com efeitos vigentes.

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"/>

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 do PAS/SERPRO;
- Meu(s) dependente(s) cumpre(m) todos os critérios regulamentares mencionados no quadro acima;
- Anexei a este formulário a documentação exigida para alteração da condição do(s) dependente(s), conforme quadro acima;
- Estou ciente que a alteração solicitada está condicionada ao atendimento das disposições regulamentares vigentes e à apresentação da documentação completa e correta exigida;
- 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