

TERMO DE INCLUSÃO/RENOVAÇÃO/EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Tipo de Solicitação

Inclusão Renovação Exclusão

BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome do Beneficiário Titular

E-mail

Matrícula Funcional do Beneficiário Titular

CPF

Tel. residencial

Tel. celular

Endereço Residencial

Número / Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

DEPENDENTE

Nome Completo do Dependente

Tipo de Dependente para inclusão

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Convivente de mesmo sexo | <input type="checkbox"/> Enteado(a) solteiro(a) menor de 21 anos de idade | <input type="checkbox"/> Menor de 21 anos de idade sob guarda em processo de adoção |
| <input type="checkbox"/> Companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Relação convencional há mais de um ano | <input type="checkbox"/> Enteado(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando o 3º grau | <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos inválido |
| <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) menor de 21 anos de idade | <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando 3º grau | <input type="checkbox"/> Pai e/ou mãe com idade mínima de 55 anos e que tenham renda inferior a 1,2 salário mínimo | <input type="checkbox"/> Enteado(a) solteiro(a) maior de 21 anos inválido |

Tipo de Dependente para renovação

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pai e ou mãe que tenha sido cadastrado até 31/12/2002. | <input type="checkbox"/> Pai e ou mãe que tenha sido cadastrado até 31/12/2006. |
| <input type="checkbox"/> Pai e ou mãe que tenha sido cadastrado a partir de 1/1/2007. | <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando o 3º grau. |

Data de Nascimento

CPF

RG

Órgão Emissor

Data de Expedição

Nome Completo da Mãe

Estado Civil

Sexo

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Masculino |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Separado | |
| <input type="checkbox"/> Desquitado | <input type="checkbox"/> União Estável | |
| <input type="checkbox"/> Viúvo | | |
| | | <input type="checkbox"/> Feminino |

Nome Completo do Pai

Número da declaração de Nascido Vivo(exigível apenas para nascidos a partir de 01/01/2010)

Nº do Cartão Nacional de Saúde

PIS/PASEP

TERMOS E CONDIÇÕES

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I. Estou ciente das sanções previstas nas normas em caso de constatação de informação inverídica, omissão de informação, utilização indevida do CorreiosSaúde e uso indevido do cartão do beneficiário.

II. O início da vigência do plano de saúde se dará somente após análise da elegibilidade e da documentação apresentada.

III. Estou ciente de que, para a utilização do plano, por parte do dependente, deverá ser observado o período de carência conforme disposto no manual do plano.

IV. Estou ciente de que a rede credenciada está disponível no portal da Postal Saúde (www.postalsaude.com.br)

V. Autorizo a Postal Saúde recolher os valores oriundos de coparticipação através de desconto na folha de pagamento.

VI. Li e concordo com as regras que regem o Plano CorreiosSaúde.

_____, _____ de _____ de _____.

Local/data

Assinatura do titular responsável

Assinatura da Postal Saúde

Obs.: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo a Postal Saúde responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou incompleto. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição de dependentes.

CONFERIDO POR: _____

matrícula: _____ Deferido

em: ____/____/____. Indeferido

Portal da POSTAL SAÚDE: www.postalsaude.com.br

Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116

Central de Atendimento para
Deficientes Auditivos: 0800 888 8117