

**FOP 276.01 - TERMO DE RENOVAÇÃO DE DEPENDENTES FILHO(A)/ENTEADO(A) MAIOR INVÁLIDO,  
 FILHO(A)/ENTEADO(A) UNIVERSITÁRIO MAIOR DE 21 ANOS E MENOR DE 24 ANOS DE IDADE DO PLANO  
 CORREIOSSAÚDE II**

**BENEFICIÁRIO TITULAR**

Matrícula Funcional:		Data de Admissão: / /		
Nome (Completo e sem abreviação):				
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	UF:	Data de Expedição: / /
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		Data de Nascimento: / /		
PIS/PASEP:		Nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
Endereço (Completo sem abreviação):			Número/ Complemento:	
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:
Telefone: <input type="checkbox"/> Residencial: ( )	<input type="checkbox"/> Comercial: ( )	<input type="checkbox"/> Celular: ( )		
E-mail:				
Nome da Mãe (Completo e sem abreviação):				
Nome do Pai (Completo e sem abreviação):				
Estado Civil:				
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)				

**BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**

Nome (Completo e sem abreviação):				
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	UF:	Data de Expedição: / /
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		Data de Nascimento: / /	Nascimento (Município/UF): /	
Nome da Mãe (Completo e sem abreviação):				
Nome do Pai (Completo e sem abreviação):				
Endereço (Completo sem abreviação):			Número/ Complemento:	
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:
Telefone: <input type="checkbox"/> Residencial: ( )	<input type="checkbox"/> Comercial: ( )	<input type="checkbox"/> Celular: ( )		
E-mail:				
Estado Civil:				
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)				

**TIPO DE DEPENDENTE PARA RENOVAÇÃO**

- Filho(a)/ enteado(a) maior inválido, desde que acometido de invalidez ocorrida até sua maioridade ou emancipação, conforme Manual do Beneficiário - Plano CorreiosSaúde II (MOP 029).
- Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando 3º grau, conforme Manual do Beneficiário - Plano CorreiosSaúde II (MOP 029).

**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 Plano de Saúde CorreiosSaúde II 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 Beneficiário - Plano CorreiosSaúde II (MOP 029).
- IV. Estou ciente de que a rede credenciada está disponível no portal da Postal Saúde ([www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)).
- V. Autorizo a Postal Saúde recolher os valores oriundos de mensalidade e coparticipação através de desconto na folha de pagamento, caso seja empregado ativo ou através de boleto bancário caso seja aposentado.



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

- Sim, gostaria de receber de forma gratuita, através dos canais de comunicação (SMS, E-mail e/ou outros), informações e novidades, sobre os serviços prestados por esta operadora.**
- Não**

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO	ASSINATURA DA POSTAL SAÚDE
_____, __/__/____. Local e Data	_____, __/__/____. Local e Data
_____ Assinatura do Titular Responsável	_____ Assinatura e Carimbo da Postal Saúde

**HOMOLOGAÇÃO DA GERÊNCIA DE RELACIONAMENTO (GEREL/DIREL)**

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo da Postal Saúde

**ANS - nº 41913-3**

Portal da POSTAL SAÚDE: [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)  
Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116  
Central de Atendimento para DEFICIENTES  
AUDITIVOS: 0800 888 8117