

PAS-ODONTO/SERPRO

Formulário com campos editáveis. Se imprimir, imprima frente e verso.

TRANSFERÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS DO GRUPO I PARA O GRUPO II (ANEXO IV)

Dependente	Critérios regulamentares
Cônjuge	Casamento civil devidamente lavrado em Cartório, ocorrido antes da transferência ao Grupo II.
Companheiro	Comprovação de pelo menos 3 requisitos descritos no art. 22, § 3º, do Decreto 3048/1999, cujos critérios foram cumpridos antes da transferência ao Grupo II: 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, cuja filiação se deu antes da transferência ao Grupo II.
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 antes da transferência ao Grupo II.
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 antes da transferência ao Grupo II.
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 antes da transferência ao Grupo II.
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 antes da transferência ao Grupo II.
Menor de 21 anos sob guarda, tutela ou curatela	Menor de 21 anos de idade sob guarda judicial, sob tutela judicial ou sob curatela judicial do empregado titular, solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, cuja decisão judicial se deu antes da transferência ao Grupo II.
Estudante sob guarda, tutela ou curatela	Jovem sob guarda judicial, sob tutela judicial ou sob curatela judicial 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 antes da transferência ao Grupo II.
Agregado sob guarda, tutela ou curatela	Enteado ou jovem sob guarda, tutela ou curatela do empregado titular, solteiro, com renda própria mensal de até R\$1.097,79, não estudante universitário, de 21 a 24 anos , cuja decisão judicial se deu após transferência do empregado titular ao Grupo II.
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, sejam acometidos 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"/>	

PAS-ODONTO/SERPRO

Formulário com campos editáveis. Se imprimir, imprima frente e verso.

Motivo da transferência:

- Aposentadoria por invalidez Desligamento funcional sem justa causa Licença sem remuneração
 Falecimento do empregado titular com manutenção de Dependente-Titular

Início de vigência da transferência ao Grupo II: / /

Término da vigência do plano de saúde*, se for o caso: / /

* Prazo estabelecido no art. 30, § 1º, ou no art. 31, § 1º, da Lei nº 9656/1998

Solicito transferência ao Programa de Assistência à Saúde dos Empregados do SERPRO – PAS/SERPRO – Grupo II de:

- Titular e Dependente(s) Somente Titular Somente Dependente-Titular e Dependentes

Dependente(s) a ser(em) transferido(s) ao Grupo II:

Nome completo	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que:

- Conheço e estou de acordo com os termos do Regulamento PAS-ODONTO/SERPRO – Grupo II e da Lei nº 9656/1998;
- Todas as informações prestadas são fiéis e verdadeiras;
- Estou ciente que beneficiários do Grupo II não fazem jus à participação do SERPRO no custeio da mensalidade e 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 odontológico do meu grupo familiar;
- Estou ciente que o não recebimento do boleto bancário não me exime da obrigação de quitação do débito, devendo eu providenciar emissão de 2º via por meio dos canais pertinentes;
- Estou ciente que a transferência ao Grupo II está condicionada ao atendimento das disposições regulamentares vigentes e ao prazo para requerimento de 30 dias após a(o) Aposentadoria/Desligamento/Licença/Falecimento do empregado.
- Os dados pessoais do Beneficiário Titular e seus Dependentes coletados pelo PAS-ODONTO/SERPRO no momento da adesão ao Plano de Assistência à Saúde Bucal 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 Assistência à Saúde Bucal (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-ODONTO/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 de prevenção, diagnóstico e tratamento odontológico, indispensáveis à manutenção e reabilitação da saúde, cientificando-se de que o PAS-ODONTO/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

