



**CONVÊNIO MÉDICO – SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE AGREGADOS**

DADOS DO SERVIDOR				
NOME DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO

TIPO DE REQUERIMENTO
INCLUSÃO DE AGREGADOS
EMPRESA CONTRATADA
“CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)”

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
- DO TITULAR = Cópia do RG; Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS; - DO PAI/MÃE E IRMÃO(A) SEM LIMITE DE IDADE = Cópia do RG; Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS; - DE FILHO (A) MAIOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS NÃO UNIVERSITÁRIO = Cópia do RG e Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS; - ENTEADO = Cópia do RG ou Certidão de Nascimento; Cópia do CPF; Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração Pública de Convivência ou equivalente do Servidor e Cópia do cartão do SUS; - PADRASTO, MADRASTA, TIO (A), SOGRO (A) ATÉ 49 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS; - PRIMO (A), SOBRINHO (A), CUNHADO (A), GENRO E NORA ATÉ 39 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS; - NETO (A) ATÉ 24 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS; Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF, Cartão do SUS e Comprovante de Parentesco; - PENSÃO JUDICIAL = 01 Cópia do RG ou Certidão de Nascimento; 01 Cópia da Decisão Judicial e 01 Cópia do cartão do SUS; - DEPENDENTES FINANCEIROS LEGAIS = 01 Cópia do RG ou Certidão de Nascimento; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da Declaração de Imposto de Renda com o Recibo de Entrega de Declaração atual do Servidor (onde conste o agregado como dependente) e 01 Cópia do cartão do SUS; <b>Obs. 1</b> - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH. <b>Obs. 2</b> - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor).

AGREGADOS (1)			
1	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DA MÃE		
2	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DA MÃE		
3	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DA MÃE		

(1) Pai, mãe, irmão(ã) e enteado, sem limite de idade. (2) Filho maior de 21 anos não universitário, sem limite de idade. (3) Padrasto, madrastra, tio(a), sogro(a) até 49 anos, 11 meses e 29 dias (4) Primo(a), Sobrinho(a), Cunhado(a), Genro e Nora até 39 anos, 11 meses e 29 dias. (5) Neto(a) até 24 anos, 11 meses e 29 dias.

TABELA DE VALORES:	
FAIXA ETÁRIA	VALOR UNITÁRIO
00 A 43	R\$ 205,00 (duzentos e cinco reais)
44 a 48	R\$ 516,73 (quinhentos e dezesseis reais e setenta e três centavos)
49 a 53	R\$ 584,34 (quinhentos e oitenta e quatro reais e trinta e quatro centavos)
54 a 58	R\$ 686,90 (seiscentos e oitenta e seis reais e noventa centavos)
59 ou mais	R\$ 1.168,77 (mil cento e sessenta e oito reais e setenta e sete centavos)

TERMO DE COMPROMISSO
Declaro estar ciente: - Dos <b>prazos de carência</b> estipulados em contrato e da obrigação de preencher a Declaração de Saúde dos agregados que forem incluídos após o período de adesão sem carência. - Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade em conformidade com a tabela acima. - Que, ao requerer <b>licenças concedidas com prejuízo de vencimentos</b> , terei minha opção pelo uso do Convênio Médico <b>excluída</b> , assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimento de carências estipulados em contrato.  Mauá, ____ de ____ de ____ _____ Servidor (Assinatura)

PARA USO DO DADP
Deliberamos pela: <b>Concessão do Benefício.</b> <b>Não Concessão. Motivo:</b> _____ <b>Obs.:</b> _____ Responsável _____ Registro func. _____ Data ____/____/____