



**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 inclusos 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 ____  |
| _____<br>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 ____/____/____ |