

CADASTRO DE DEPENDENTES – SAÚDE SUPLEMENTAR

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES CONTIDAS NO VERSO DESTE FORMULÁRIO ANTES DE PREENCHÊ-LO

Cód. CONARQ – 020.5

À Coordenação de Auxílios, Licenças e Afastamentos – CALA/DGP/IFC (11.01.18.25):

Eu _____,
com lotação e exercício no(a) _____, Matrícula SIAPE nº _____,
venho requerer o CADASTRAMENTO DE MEUS DEPENDENTES, abaixo relacionados, para fins
de **recebimento de assistência à saúde suplementar** (Portaria Normativa nº 01, de 09 de Março
de 2017).

III – DADOS DOS DEPENDENTES

1. Nome: _____ Parentesco: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ UF: _____ Registro: _____
Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp./UF: _____ Data Exp.: ____ / ____ / ____
Nome da mãe do Dependente: _____

2. Nome: _____ Parentesco: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ UF: _____ Registro: _____
Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp./UF: _____ Data Exp.: ____ / ____ / ____
Nome da mãe do Dependente: _____

3. Nome: _____ Parentesco: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ UF: _____ Registro: _____
Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp./UF: _____ Data Exp.: ____ / ____ / ____
Nome da mãe do Dependente: _____

4. Nome: _____ Parentesco: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ UF: _____ Registro: _____
Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp./UF: _____ Data Exp.: ____ / ____ / ____
Nome da mãe do Dependente: _____

Declaro serem verdadeiras as declarações por mim aqui prestadas:

_____/_____/_____
Local Data

(Assinatura do(a) servidor(a))

SÃO BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

Na qualidade de Titular:

a) o servidor: os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial da Administração Pública federal direta, suas autarquias e fundações, além dos pensionistas.

Na qualidade de dependentes do servidor:

- a)** o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b)** o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c)** a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d)** os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e)** os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- f)** o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

Documentos Comprobatórios:

- **Cônjuge:** CPF e Cópia da Certidão de Casamento;
- **Companheiro(a):** CPF e cópia da Declaração de União Estável (autenticada em cartório);
- **Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos:** CPF e cópia da Certidão de Nascimento;
- **Filho(a) ou enteado(a) de 21 (vinte e um) até o dia em que completar 24 (vinte e quatro) anos:** CPF e cópia da Certidão de Nascimento e cópia do comprovante de matrícula, a cada 06 meses;
- **Filho(a) ou enteado(a) de qualquer idade, quando incapacitado física e mentalmente:** CPF e cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a) e laudo médico atestando a incapacidade;
- **Pessoa absolutamente incapaz, da qual o(a) servidor(a) seja tutor(a) ou curador(a):** CPF e cópia da Certidão de Nascimento e/ou cópia da carteira de identidade e cópia do termo de tutela ou curatela.

OBSERVAÇÕES:

Para inclusão de dependentes, em qualquer nível de parentesco, é necessário apresentar comprovante da inclusão do mesmo no plano de saúde/odontológico com o valor da mensalidade pago per capita.

Os dependentes comuns poderão, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges, sendo proibido o pagamento para ambos, referente a um mesmo dependente.