**#10**

 **NUP:**      **/**

|  |
| --- |
| **FOP 276.03 - 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 Civil (Completo e sem abreviação):**       |
| **Nome Social:** |
| **CPF:**      | **RG:**      | **Órgão Emissor:**      | **UF:**    | **Data de Expedição:**   /  /     |
| **Sexo Biológico:** |   | **Data de Nascimento:**   /  /     |
| **Identidade de Gênero:** **[ ]  Masculino** **[ ]  Feminino** **[ ]  Transexual** **[ ]  Travesti** **[ ]  Transgênero [ ]  Sem Informação** |
| **Nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS):**      |
| **Endereço (Completo sem abreviação):**       | **Número/ Complemento:**       |
| **Bairro:**       | **Cidade:**       | **UF:**    | **CEP:**       |
| **Telefone:** |  | (  )      |  | (  )      |  | (  )      |
| **E-mail:**       |
| **Nome da Mãe (Completo e sem abreviação):**       |
| **Nome do Pai (Completo e sem abreviação):**       |
| **Estado Civil:** |
| **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** |
| **Nome Civil (Completo e sem abreviação):**       |
| **Nome Social:** |
| **CPF:**      | **RG:**      | **Órgão Emissor:**      | **UF:**    | **Data de Expedição:**   /  /     |
| **Sexo Biológico:** |    | **Data de Nascimento:**   /  /     | **Nascimento (Município/UF):**     **/**    |
| **Identidade de Gênero:** **[ ]  Masculino [ ]  Feminino [ ]  Transexual [ ]  Travesti [ ]  Transgênero [ ]  Sem Informação** |
| **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:** |  | (  )      |  | (  )      |  | (  )      |
| **E-mail:**       |
| **Estado Civil:** |
| **TIPO DE DEPENDENTE PARA RENOVAÇÃO** |
|  |
| **TERMOS E CONDIÇÕES** |
| **Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais que:**1. 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.
2. O início da vigência do plano de saúde se dará somente após análise da elegibilidade e da documentação apresentada.
3. 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).
4. Estou ciente de que a rede credenciada está disponível no portal da Postal Saúde ([www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)).
5. 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.
6. 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.
7. Autorizo a Postal Saúde a utilizar os dados pessoais constantes neste formulário, referente à minha participação no plano de saúde, conforme preconiza a Lei nº 13.709/2018 - LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).
8. Li e concordo com as regras que regem o Plano CorreiosSaúde II.

 |
| **ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO** | **ASSINATURA DA POSTAL SAÚDE** |
| **Local:**      **Data:**    /    /     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do Titular Responsável** | **Local:**      **Data:**    /    /     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura e matrícula do empregado da Postal Saúde** |
| **HOMOLOGAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE CADASTRO (GEPLA/COCAD)** |
| **Local:**      **Data:**    /    /     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura e Carimbo da Postal Saúde** |

