

**Anexo VII**

**PAS/SERPRO**

**GRUPO I**

**TERMO DE INCLUSÃO DE AGREGADO**

Pelo presente Termo, o empregado abaixo identificado, solicita a inclusão do Agregado ao Plano de Saúde – PAS/SERPRO e declara estar ciente e de acordo com seu Regulamento, bem como autoriza o desconto em folha de pagamento referente à sua participação financeira.

**I – DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR:**

NOME:		
MATR-DV:	LOTAÇÃO:	TEL/RAMAL:

**II - INCLUSÃO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(MÊS/ANO)**

**III – AGREGADO A INCLUIR:**

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: ____/____/____	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Grau parentesco:	Grau dependência:	
Dependência especial:	Grau benefício:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:		
RG:	Numero:	
Emissão: ____/____/____	Emissor	UF:
<b>Cartório: (preencher somente se o dependente não possuir RG ou CPF)</b>		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: ____/____/____	UF Cartório:	

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Empregado** **Data da Assinatura**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Assinatura OLGP** **Data do Recebimento**