

Coordenadoria de Gestão do STF-Med

Secretaria de Gestão de Pessoas

Alteração de Cadastro no Plano de Saúde STF-Med

Dados do Titular

Nome completo					Matrícula		
Situação na SGP	☐ Ministro	☐ Efetivo	☐ Cedido	☐ Requisitado	☐ Exercício provisório		
	☐ Juiz Auxiliar	☐ Magistrado Instrutor	☐ Sem Vínculo	☐ Aposentado	☐ Pensionista		
CPF				Data de nascimento			
Nome da mãe							
Nome do pai							
Endereço					Bairro		
Cidade			UF			CEP	
E-mail particular							
E-mail institucional							
Telefone residencial				Telefone celular			

Dados do(s) Dependente(s) ou Agregado(s)

Nome				Sexo	☐ masculino		☐ feminino
Tipo de beneficiário	☐ dependente			☐ agregado			
Parentesco	☐ cônjuge/companheiro		☐ ex-cônjuge com percepção de pensão alimentícia		☐ pai, mãe, padrasto ou madrasta		
	☐ filho, enteado, menor sob guarda ou tutelado		☐ irmão				
CPF			Data de nascimento			Estado civil	
Situação de renda (apenas para agregados)	☐ possui renda		☐ recebe proventos de pensão		☐ não possui renda		
Endereço					Bairro		
Cidade					CEP		UF
E-mail			Telefone fixo			Telefone celular	

Nome				Sexo	☐ masculino		☐ feminino
Tipo de beneficiário	☐ dependente			☐ agregado			
Parentesco	☐ cônjuge/companheiro		☐ ex-cônjuge com percepção de pensão alimentícia		☐ pai, mãe, padrasto ou madrasta		
	☐ filho, enteado, menor sob guarda ou tutelado		☐ irmão				
CPF			Data de nascimento			Estado civil	
Situação de renda (apenas para agregados)	☐ possui renda		☐ recebe proventos de pensão		☐ não possui renda		
Endereço					Bairro		
Cidade					CEP		UF
E-mail			Telefone fixo			Telefone celular	

Nome				Sexo	☐ masculino		☐ feminino	
Tipo de beneficiário		☐ dependente			☐ agregado			
Parentesco	☐ cônjuge/companheiro			☐ ex-cônjuge com percepção de pensão alimentícia		☐ pai, mãe, padrasto ou madrasta		
	☐ filho, enteado, menor sob guarda ou tutelado			☐ irmão				
CPF			Data de nascimento			Estado civil		
Situação de renda (apenas para agregados)			☐ possui renda		☐ recebe proventos de pensão		☐ não possui renda	
Endereço					Bairro			
Cidade					CEP			UF
E-mail			Telefone fixo			Telefone celular		
Termo de Adesão								
Solicito alteração do meu cadastro, do(s) meu(s) dependente(s) e agregado(s), beneficiário(s) do Plano de Saúde STF-Med. Declaro que as informações prestadas são a expressão da verdade, sob pena de responsabilizar-me por declarações falsas. Declaro que entreguei a(s) documentação(ões) necessária(s) para o reconhecimento da dependência econômica na Secretaria de Gestão de Pessoas e que meu(s) dependente(s) e agregado(s) cumpre(m) as condições estabelecidas em normas do Supremo Tribunal Federal, no Regulamento Geral do STF-Med e em atos deliberativos próprios, cujas publicações estão disponíveis em http://saude.stf.jus.br/. Declaro estar ciente de que, a critério da Secretaria de Gestão do STF-Med, deverei apresentar outros documentos que comprovem a dependência econômica do(s) beneficiário(s), bem como que deverei comunicar de imediato qualquer alteração cadastral ou ocorrência de fatos que determinem a exclusão do(s) dependente(s) indicado(s).								
Observações:								
Local e Data:								
Assinatura do titular:								