

**FOP 254.02 - TERMO DE ALTERAÇÃO DE TITULARIDADE DE DEPENDENTE DE APOSENTADO
- PLANO CORREIOSSAÚDE II****BENEFICIÁRIO TITULAR****Nome** (Completo e sem abreviação):**Matrícula funcional:****NOVO BENEFICIÁRIO TITULAR****Nome** (Completo e sem abreviação):**Matrícula funcional:****INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE
(CASO HAJA ALTERAÇÕES NOS DADOS CADASTRAIS, INCLUIR CÓPIA DOS DOCUMENTOS)****Vínculo do Beneficiário Dependente em relação ao novo titular:**

- Filho(a) solteiro(a) menor de 21 anos de idade
- Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos, inválido
- Filho(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando ensino superior
- Enteado(a) solteiro(a) menor de 21 anos de idade
- Enteado(a) solteiro(a) maior de 21 anos, inválido
- Enteado(a) solteiro(a) maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando ensino superior
- Menor sob guarda com idade inferior a 21 anos

Nome:**Data de Nascimento:**

/ /

CPF:**RG:****Órgão
Emissor:****Data da Expedição:**

/ /

Nome da mãe (Completo e sem abreviação):**Nome do pai** (Completo e sem abreviação):**Sexo:** Feminino Masculino**Endereço do Dependente:****Bairro:****Cidade:****UF:****CEP:****Estado Civil:**

- Solteiro (a) Casado (a) União Estável Divorciado (a) Separado (a) Viúvo (a)

**TERMOS E CONDIÇÕES
(DEVERÁ SER ASSINADO PELOS DOIS TITULARES - ANTERIOR E ATUAL)**

Pelo presente Termo de alteração de titularidade de dependente - plano Correiossaúde II declaro para todos os fins legais que:

I. 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 de Identificação do Beneficiário (CIB).

II. O início da vigência da alteração de titularidade se dará somente após análise da documentação apresentada e a efetiva alteração no sistema de cadastro da Postal Saúde.

III. Autorizo a Postal Saúde realizar as cobranças de acordo com a forma de custeio estabelecida neste plano CorreiosSaúde II, através de boletos bancários para o novo titular.

Declaro ciência que a titularidade do Dependente somente poderá ser alterada 1 (uma) vez a cada 12 (doze)



meses.

ASSINATURA

_____, ____/____/____.
Local e Data

Assinatura do Titular Anterior

Assinatura do Titular Atual

Obs.: 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.

Portal da POSTAL SAÚDE: www.postalsaude.com.br

Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116

Central de Atendimento para DEFICIENTES

AUDITIVOS: 0800 888 8117