



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO PARÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR
SEÇÃO DE GESTÃO DE AUXÍLIOS E BENEFÍCIOS
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

NOME DO SERVIDOR(A):			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: ☐ M ☐ F	FONE RESIDENCIAL:	RAMAL:
CARGO/FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:	Nº DO TÍTULO DE ELEITOR:	

BENEFICIÁRIO(S) A SER(EM) INSCRITO(S) NO PROAS:

☐ TITULAR ☐ DEPENDENTE(S)

SITUAÇÃO FUNCIONAL

☐ ATIVO ☐ APOSENTADO ☐ REQUISITADO ☐ CEDIDO ☐ SEM VÍNCULO ☐ PENSIONISTA
☐ SERVIDOR DE OUTRO ÓRGÃO DO PODER JUDICIÁRIO FEDERAL

ACUMULA CARGO OU EMPREGO PÚBLICO? ☐ SIM ☐ NÃO

Nesta data solicito inclusão no Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Regional Eleitoral do Pará (PROAS - TRE/PA), conforme opção abaixo, declarando conhecer as normas contidas na Resolução TRE nº 5.407/2017, bem como autorizo a consignação em folha de pagamento, dos valores e percentuais definidos na Resolução citada.

☐ PLANO DE AUTOGESTÃO - PAS, REEMBOLSO DE SERVIÇOS e CONTRATAÇÃO/ CONVÊNIO. ☐ UNIMED-BELÉM ☐ UNIMED-FAMA

☐ REEMBOLSO DE PLANO OU SEGURO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. (DECLARO, para fins do que dispõe o art. 2º § 4º da Portaria SGP nº 9.510 – SGP que não possui outro plano de assistência à saúde, custeado, ainda que em parte, pela União).

Belém/PA, ____/____/____.

ASSINATURA

PREENCHER SOMENTE EM CASO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para fins do que dispõe o art. 3º da Portaria nº 6.585 - SRH, que o(s) abaixo indicado(s) é(são) meu(s) dependente(s) econômico(s).

Belém/PA, ____/____/____.

ASSINATURA

DEPENDENTES:

01	NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____ REL. DEPENDÊNCIA: _____
02	NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____ REL. DEPENDÊNCIA: _____
03	NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____ REL. DEPENDÊNCIA: _____
04	NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____ REL. DEPENDÊNCIA: _____

AUTÓGRAFOS:

NOME DO DEPENDENTE
ASSINATURA:
ASSINATURA:

NOME DO DEPENDENTE
ASSINATURA
ASSINATURA

NOME DO DEPENDENTE
ASSINATURA:
ASSINATURA:

NOME DO DEPENDENTE
ASSINATURA:
ASSINATURA:

NOME DO DEPENDENTE
ASSINATURA:
ASSINATURA:

RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA:

- a) cônjuge/companheiro(a), inclusive o de união homoafetiva;
- b) filhos ou enteados menores de 21 anos;
- c) filhos ou enteados entre 21 e 24 anos, se estudantes;
- d) filhos ou enteados inválidos de qualquer idade, desde que comprovado através de laudo médico (Junta médica do TRE/PA); e
- e) menor de 21 anos que, mediante autorização judicial para fins de adoção, viver na companhia e às expensas do servidor.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO DE:**DEPENDENTE:**

- **CÔNJUGE:** Cópias autenticadas da certidão de casamento civil e da identidade;
- **COMPANHEIRO(A):** Cópias autenticadas da identidade e de no mínimo três documentos, que comprovem união estável, conforme Portaria 6.585/2005; declaração de inexistência de fatos impeditivos para o reconhecimento da união estável;
- **FILHO(A) MENOR DE 21 ANOS:** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou RG;
- **ENTEADO(A) MENOR DE 21 ANOS:** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou RG, Certidão de Casamento Civil do(a) servidor(a) ou comprovação da união estável, comprovação de que o menor reside com o(a) servidor (a) ou em imóvel por ele(a) mantido;
- **MENOR SOB GUARDA PARA FINS DE ADOÇÃO:** Certidão de Nascimento, cópia autenticada da autorização judicial ou Termo de Compromisso de Guarda/Adoção.

OBS: ALÉM DOS DOCUMENTOS ACIMA RELACIONADOS, OS PEDIDOS DEVEM VIR ACOMPANHADOS DOS FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROAS E DE REGISTRO DE DEPENDENTES NO SGRH, DISPONÍVEIS NA INTRANET E INTERNET.