



SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO PROGRAMA DE SAÚDE

**À Caixa de Beneficência dos Funcionários da EMATER-CABEFE
BELO HORIZONTE – MG**

Na forma das normas que regem a concessão do Plano Privado de Assistência à Saúde cuja contratação é intermediada pela Cabefe, poderão ser inscritos na categoria de:

Dependentes Diretos do Titular:

- a) cônjuge ou companheiro
- b) filhos(as) solteiros(as) com idade inferior a 21 (vinte e um) anos;
- c) filhos(as) solteiros(as) com idade de 21 a 24 anos universitários(as);
- d) filhos(as) inválidos(as) sem limite de idade, mediante comprovação médica;
- e) enteado, menor, sob a guarda do beneficiário titular por força de decisão judicial e o menor tutelado, mediante declaração do beneficiário titular;
- e) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge.

Dependentes Econômicos do Titular:

- a) Filhos(as), solteiros(as) com idade entre 21 (vinte e um) a 38 (trinta e oito) anos;
- b) Netos solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos; Condição vedada em 20/10/2014.
- c) Cônjuge ou companheiro, na hipótese do associado ter inscrito pai e/ou mãe como dependentes, em época na qual a inclusão dos pais era permitida pelas regras do Plano.

O valor das mensalidades atribuídas aos dependentes variará em razão da faixa salarial do associado na ativa, categoria, e da faixa etária na condição de sócio facultativo, dentre outros critérios estabelecidos nas normas que regem a concessão do benefício.

A condição de dependente dependerá da apresentação de documentos que comprovem o parentesco dentre aqueles oficialmente reconhecidos. Exemplifica-se: escritura pública para declaração de união estável, certidão de nascimento para fins de comprovação do parentesco, termo de guarda ou tutela dentre outros reconhecidos pela Cabefe.

A dependência econômica do dependente em relação ao titular será comprovada prioritariamente por meio de apresentação da "Declaração de Imposto de Renda" do beneficiário titular, referente ao exercício fiscal anterior à inclusão do dependente no plano; Declaração de Dependência Econômica, modelo ofertado pela Cabefe, dentre outros documentos reconhecidos para esse fim.



SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO PROGRAMA DE SAÚDE

Ciente das regras acima, acrescidas das demais normas que regem a concessão do benefício, as quais declaro conhecer, solicito a inclusão do(s) dependentes abaixo relacionados(s), e autorizo o desconto em minha folha de pagamento mensal, do valor da taxa correspondente:

| NOME DO DEPENDENTE | DATA DE NASCIMENTO | CATEGORIA A QUE O DEPENDENTE SE ENQUADRA | UNIVERSITÁRIO SIM/NÃO | CPF | NOME DA MÃE |
|--------------------|--------------------|--|-----------------------|-----|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Declaro que se apurada qualquer irregularidade nas informações declaradas, serei responsabilizado (a) civil e criminalmente, devendo ressarcir à CAFEFE, o pagamento por esta efetuado, de despesas indevidas, acrescidas de juros e correção monetária.

| | |
|--------|-------|
| Local: | Data: |
|--------|-------|

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Nome do associado: | Matrícula na EMATER-MG: |
|--------------------|-------------------------|

| |
|-------------|
| Assinatura: |
|-------------|