

1) Dados do Titular e Responsável pela Pensão

Grau de sigilo #Público
----------------------------

Nome do Titular		Matrícula	
Nome do responsável pela pensão (somente em caso de Titular falecido)			
Endereço residencial (Av. / Rua / Al. / Travessa)	Nº	Complemento	CEP
Bairro	Município	UF	Agência/Operação/Conta
E-mail:	Telefone	Celular	

2) Vinculação ao Saúde CAIXA

Empregado     Aposentado    Titular falecido?     Sim     Não

3) Tipo de Solicitação

Inscrição     Manutenção de inscrição     Alteração Cadastral (\*)     Cancelamento de inscrição

3.1) 2ª Via do Cartão do Saúde CAIXA

Perda     Roubo/Furto     Alteração de Dados de Beneficiário (\*)     Outros (\*)

3.2) Dados do Proposto Dependente

Nome do Dependente	Tipo Dependente <input type="checkbox"/>
	Estado Civil <input type="checkbox"/>
Nome do Dependente	Tipo Dependente <input type="checkbox"/>
	Estado Civil <input type="checkbox"/>
Nome do Dependente	Tipo Dependente <input type="checkbox"/>
	Estado Civil <input type="checkbox"/>
Nome do Dependente	Tipo Dependente <input type="checkbox"/>
	Estado Civil <input type="checkbox"/>

**LEGENDA**

**Tipo Dependente**

**C/CP** - Cônjuge/Companheiro **F/E** - Filho/Enteado **P** - Pai/Mãe **I** - Menor sob guarda **D** - Casal CAIXA Matr:    - **O** - Outros

**Estado Civil**

1 – Solteiro    2 – Casado    3 – Viúvo    4 – Desquitado    5 - Divorciado    6 - Separado Judicialmente

**3.3) OBSERVAÇÕES (\*Preenchimento obrigatório)**

--

4) Termos e Condições

Declaro que conheço e concordo com as normas que regem o Saúde CAIXA regulamentadas nos Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos.

Toda a documentação apresentada para inclusão/renovação/cancelamento de inscrição do(s) proposto(s) dependente(s) atende integralmente às condições previstas nos normativos do Saúde CAIXA.

Estou ciente das sanções previstas nas normas em caso de constatação de informação inverídica, omissão de informação, utilização indevida do Saúde CAIXA e uso indevido do cartão de beneficiário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local/Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular ou do responsável pela pensão

## CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS DO SAÚDE CAIXA

### 1 OBJETIVO

1.1 Incluir/renovar e cancelar a inscrição de beneficiários dependentes no Saúde CAIXA.

### 2 NORMA

#### 2.1 GESTOR

2.1.1 GESAD – GN Saúde CAIXA.

#### 2.2 VINCULAÇÃO

2.2.1 Manual Normativo: [RH221](#).

#### 2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO

2.3.1 Formulário eletrônico disponível por meio de *download* clicando no *link*: [MO21048023](#).

#### 2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS

2.4.1 O modelo é preenchido em 1 via, destinada à Centralizadora Saúde CAIXA - CESAD.

#### 2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO

2.5.1 Todas as Unidades Caixa.

#### 2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO

2.6.1 MO 21048 022, de imediato.

#### 2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO

2.7.1 Até rescisão contratual na Centralizadora Saúde CAIXA - CESAD e, após esse prazo, encaminhar o documento para a Unidade de Arquivo, por prazo que complemente 100 anos de arquivo. Este prazo está de acordo com a Classificação 020.11, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020.

#### 2.8 GRAU DE SIGILO

2.8.1 #Público.

#### 2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

2.9.1 Alteração dos mandatos das unidades conforme publicação da nova versão do [OR005](#).

#### 2.10 ROTEIRO PADRÃO

2.10.1 Não se aplica.

#### 2.11 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

2.11.1 Tipo de modelo: formulário eletrônico.

2.11.2 Impressão/Tipo de papel: posterior ao preenchimento, papel A4 - Mod. 71.139.

2.11.3 Formato do modelo: 210 mm (largura) x 297 mm (altura).

### 3 PROCEDIMENTOS

#### 3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

3.1.1 O modelo contém campos auto-explicativos.