



REQUERIMENTO DE INCLUSÃO NO PASTRT8

NOME: _____

MATRÍC. SIGEP: _____

LOTAÇÃO: _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS DO/A TITULAR: _____

Considerando que meus dados cadastrais existentes no SIGEP, encontram-se atualizados, AUTORIZO a importação dos mesmos para cadastro nesse PASTRT8, incluindo os dados bancários.

Em cumprimento ao disposto no art. 2º da Regulamentação Interna nº 01/2020, venho requerer ao Excelentíssimo Senhor Presidente da Diretoria Executiva do PASTRT8, minha () INCLUSÃO () REINGRESSO e/ou do(s) seguinte(s) beneficiário(s):

NOME DOS DEPENDENTES	CPF	PARENTESCO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS*

* Adquirido através do aplicativo "Meu SUS Digital".

Para tanto, em atenção aos requisitos dispostos no art. 3º do mesmo diploma legal, AUTORIZO o desconto da(s) mensalidade(s) em folha de pagamento, conforme abaixo, com a devida comprovação de vínculo de parentesco, na documentação que ora segue anexa:

() **Titular** (magistrados, servidores ativos e inativos), AUTORIZO o desconto de 2,5% da remuneração bruta, garantido o mínimo de R\$ 300,00;

() **Dependente** (Cônjuge ou companheiro/a e/ou Filhos/as, enteado/as e menores sob guarda até 21 anos), ou,

() **Dependente Especial** (Filho/a e enteado/a maior de 21 anos), AUTORIZO o desconto conforme valor fixado em legislação interna - Regulamento Interno nº 03/2025:

Categoria do Dependente	Faixa Etária	Valor
CÔNJUGE / COMPANHEIRO	Até 23 anos	R\$ 300,00
	24 a 28 anos	R\$ 330,00
	29 a 33 anos	R\$ 370,00
	34 a 38 anos	R\$ 430,00
	39 a 43 anos	R\$ 450,00
	44 a 48 anos	R\$ 500,00
	49 a 53 anos	R\$ 580,00
	54 a 58 anos	R\$ 650,00
Acima de 59 anos	R\$ 715,00	



Categoria do Dependente	Faixa Etária	Valor
FILHOS / ENTEADOS e ASCENDENTES	Até 21 anos	R\$ 180,00
	21 a 23 anos	R\$ 286,00
	24 a 28 anos	R\$ 429,00
	29 a 33 anos	R\$ 572,00
	34 a 38 anos	R\$ 780,00
	39 a 43 anos	R\$ 910,00
	44 a 48 anos	R\$ 1.001,00
	49 a 53 anos	R\$ 1.108,00
	54 a 58 anos	R\$ 1.322,75
	Acima de 59 anos	R\$ 1.430,00
FILHOS / ENTEADOS CURATELADOS	Até 21 anos	R\$ 180,00
	21 a 23 anos	R\$ 182,00
	24 a 28 anos	R\$ 188,50
	29 a 33 anos	R\$ 195,00
	34 a 38 anos	R\$ 201,50
	39 a 43 anos	R\$ 208,00
	44 a 48 anos	R\$ 214,50
	49 a 53 anos	R\$ 221,00
	54 a 58 anos	R\$ 234,00
	Acima de 59 anos	R\$ 247,00
FILHOS / ENTEADOS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NÃO CURATELADOS	Até 21 anos	R\$ 180,00
	21 a 23 anos	R\$ 208,00
	24 a 28 anos	R\$ 279,50
	29 a 33 anos	R\$ 351,00
	34 a 38 anos	R\$ 455,00
	39 a 43 anos	R\$ 520,00
	44 a 48 anos	R\$ 565,50
	49 a 53 anos	R\$ 619,01
	54 a 58 anos	R\$ 726,38
PENSIONISTA	Acima de 59 anos	R\$ 780,00
	Até 21 anos	R\$ 180,00
	Acima de 21 anos	5% da remuneração, garantido o mínimo de R\$ 300,00

() **Pensionista**, AUTORIZO o desconto conforme valor fixado em legislação interna - Regulamento Interno nº 03/2025, garantido o mínimo de R\$ 300,00.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO DA 8ª REGIÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENADORIA DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



Em caso de inclusão de Dependentes no Plano de Saúde, estes já deverão constar dos assentamentos funcionais do Titular, na condição de dependente junto à Secretaria de Gestão de Pessoas do TRT8 (sistema SIGEP). Caso não constem, deve ser autuado um PROAD com assunto DEPENDENTES: INCLUSÃO DE DEPENDENTES (ver se Servidor ou Magistrado), juntando a documentação respectiva comprobatória (certidão de nascimento, casamento, comprovação de dependência econômica entre outros) para esse primeiro lançamento, a ser realizado pela SECAD no módulo dependentes do SIGEP). A documentação somente será considerada completa se o Dependente já constar do referido cadastro no SIGEP.

TITULAR	<p>() CPF e RG contendo a naturalidade, que em regra consta no RG, Carteiras de Conselhos, Passaportes, etc;</p> <p>() Comprovante de Residência atualizado e legível, em nome do titular (conta de água, luz, telefone).</p>
CÔNJUGE	<p>() CPF e RG contendo a naturalidade, que em regra consta no RG, Carteiras de Conselhos, Passaportes, etc;;</p> <p>() Comprovante de Residência atualizado e legível em nome do dependente ou do titular (conta de água, luz, telefone);</p> <p>() Certidão de casamento ou Escritura Pública de União Estável, devidamente expedida por cartório.</p>
FILHOS / ENTEADOS CURATELADOS E PCD	<p>() CPF e RG ou certidão de nascimento, contendo a naturalidade, que em regra consta no RG, Carteiras de Conselhos, Passaportes, etc;</p> <p>() Termo de guarda no caso de menor sob guarda e tutelados, até a data em que completarem 21 anos de idade, desde que mantida a condição, por determinação judicial;</p> <p>() Sentença judicial que estabeleça a curatela, nos termos da legislação civil vigente, respeitadas as exigências da regulamentação Interna nº 003/2025 quanto à dependência absoluta do Titular;</p> <p>() Comprovante de Residência atualizado e legível em nome do dependente ou do titular (conta de água, luz, telefone).</p>

Nestes termos, pede deferimento.

Belém, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Requerente Titular



PODER JUDICIÁRIO
 JUSTIÇA DO TRABALHO DA 8ª REGIÃO
 SECRETARIA DE SAÚDE
 COORDENADORIA DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



D E C L A R A Ç Ã O
 Regulamentação Interna nº 01/2021, de 06 de agosto de 2020

Eu, _____,
 Declaro que estou ciente e de acordo com todas as normas e regulamentos do plano PASTRT8, incluindo os convênios a ele vinculados, inclusive quanto ao cumprimento do período de carência previsto para utilização do Plano, assumindo responsabilidade pelas mesmas, sob pena de ter o processo de adesão suspenso ou cancelado. Por fim, declaro que estou ciente de que abrangência do PASTRT8, plano de autogestão pública, não vinculado a Lei nº 9656/98 e ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos termos da Regulamentação Interna nº 001/2021, é limitada a jurisdição do TRT 8ª Região, qual seja, Estados do Pará e Amapá e que existem convênio e contrato com a CASSI e UNIMED, respectivamente, para uso pelos beneficiários do plano fora da jurisdição, limitado única e exclusivamente a rede credenciada fornecida por esses nacionalmente e que podem ser cancelados a qualquer tempo, sem prévio aviso e sem direito a indenização. //////////////////////////////////////

Belém, ___ de _____ de 20__

Assinatura do Requerente Titular



D E C L A R A Ç Ã O D E S A Ú D E

Eu, _____,
 Declaro que as informações prestadas abaixo são verdadeiras e completas e assumo responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações para enquadramento das coberturas serão consideradas como fraude e implicará na exclusão do PASTRT8, nos termos do art. 6º, IV da Regulamentação Interna nº 01/2020, na obrigação de arcar com os custos dos atendimentos e procedimentos com cirurgia, leito de alta tecnologia (CTI) e procedimentos de alta complexidade (PAC), ligados às doenças ou lesões preexistentes. Comprometo-me a prestar qualquer outra informação adicional que me for solicitada, sob pena de ter o processo de contratação suspenso ou cancelado. Com isso, AUTORIZO o PASTRT8 a solicitar informações sobre meu estado de saúde a médicos e serviços de saúde públicos e privados, bem como AUTORIZO os médicos que me atenderem em qualquer serviço público ou privado, clínicas, laboratórios, entidades públicas e privadas de saúde enviarem ao PASTRT8 as informações sobre meu histórico de saúde, resultados de exames e tratamentos realizados, isentando a todos de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

DECLARO, em cumprimento ao disposto no art. 3º, III da Regulamentação Interna nº 01/2020, que nesta data, apresento o seguinte quadro de saúde:

- () Não possuo doença ou lesões preexistentes
- () Apresento DLP mas necessidade de avaliação de especialista
- () Apresento DLP e necessidade de exames complementares
- () Apresento DLP e necessidade de avaliação com especialista

CID 10 CID 11	DLP Doença ou lesão preexistente	Lateralidade (direita/esquerda/ ambos)

Estou ciente e de acordo que deverei cumprir a CPT (não cobertura de procedimentos cirúrgicos, de alta complexidade e leitos de alta tecnologia (CTI) por 24 meses) para as Doenças e Lesões Preexistentes acima relacionadas.//

Belém, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Requerente Titular



D E C L A R A Ç Ã O D E S A Ú D E

Eu, _____,
 Declaro que as informações prestadas abaixo, referentes ao meu Dependente _____, são verdadeiras e completas e assumo responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações para enquadramento das coberturas serão consideradas como fraude e implicará na exclusão do PASTRT8, nos termos do art. 6º, IV da Regulamentação Interna nº 01/2020, na obrigação de arcar com os custos dos atendimentos e procedimentos com cirurgia, leito de alta tecnologia (CTI) e procedimentos de alta complexidade (PAC), ligados às doenças ou lesões preexistentes. Comprometo-me a prestar qualquer outra informação adicional que me for solicitada, sob pena de ter o processo de contratação suspenso ou cancelado.

Com isso, AUTORIZO o PASTRT8 a solicitar minhas informações de saúde a médicos e serviços de saúde públicos e privados, bem como AUTORIZO os médicos que me atenderam o/a dependente mencionado/a em qualquer serviço público ou privado, clínicas, laboratórios, entidades públicas e privadas de saúde enviarem ao PASTRT8 as informações sobre meu histórico de saúde, resultados de exames e tratamentos realizados, isentando a todos de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

DECLARO, em cumprimento ao disposto no art. 3º, III da Regulamentação Interna nº 01/2020, que nesta data, o/a dependente mencionado acima apresenta o seguinte quadro de saúde:

- () Não possui doença ou lesões preexistentes
- () Apresenta DLP mas necessidade de avaliação de especialista
- () Apresenta DLP e necessidade de exames complementares
- () Apresenta DLP e necessidade de avaliação com especialista

CID 10 CID 11	DLP Doença ou lesão preexistente	Lateralidade (direita/esquerda/ ambos)

Estou ciente e de acordo que deverá ser cumprida a CPT (não cobertura de procedimentos cirúrgicos, de alta complexidade e leitos de alta tecnologia (CTI) por 24 meses) para as Doenças e Lesões Preexistentes acima relacionadas.//

Belém, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Requerente Titular