



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



## REQUERIMENTO DE INCLUSÃO NO PASTRT8

NOME: \_\_\_\_\_

MATRÍC. MENTORH: \_\_\_\_\_

LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_

**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	DATA DO NASCIMENTO

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, garantido o mínimo de R\$260,00;

( ) **Dependente** (Cônjuge ou companheiro e/ou Filhos, enteados e menores sob guarda até 21 anos), AUTORIZO o desconto conforme valor fixado em Regulamentação interna nº 01/2016:

CATEGORIA	FAIXA ETÁRIA	VALOR
Cônjuges ou Companheiros	0 a 36 anos	R\$ 300,00
	37 a 48 anos	R\$ 350,00
	49 a 59 anos	R\$ 400,00
	Acima de 59 anos	R\$ 500,00
Filhos ou Enteados	até 21 anos	R\$ 130,00

( ) **Dependente Especial** (Filho e enteado maior de 21 anos), AUTORIZO o desconto conforme valor fixado em regulamentação interna nº 01/2016:



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



FAIXA ETÁRIA	VALOR DE CONTRIBUIÇÃO
21 a 23	R\$ 260,00
24 a 28	R\$ 390,00
29 a 33	R\$ 520,00
34 a 38	R\$ 650,00
39 a 43	R\$ 780,00
44 a 48	R\$ 910,00
49 a 53	R\$ 1.007,50
54 a 58	R\$ 1.202,50
Acima de 59	R\$ 1.300,00

( ) **Pensionista**, AUTORIZO o desconto de 5% da remuneração, garantido o mínimo de R\$260,00.

Para tanto, junto ao presente a documentação abaixo:

<b>TITULAR</b>	<p>( ) CPF e RG;</p> <p>( ) Comprovante de Residência em nome do titular (conta de água, luz, telefone).</p>
<b>CÔNJUGE</b>	<p>( ) CPF e RG;</p> <p>( ) Comprovante de Residência em nome do dependente ou do titular (conta de água, luz, telefone);</p> <p>( ) Certidão de casamento ou Certidão de reconhecimento de União Estável, devidamente expedida por cartório;</p> <p>( ) declaração da Secretaria de Gestão de Pessoas de que o cônjuge/companheiro consta dos assentamentos funcionais do Titular, na condição de dependente.</p>
<b>FILHOS / ENTEADOS</b>	<p>( ) CPF e RG ou certidão de nascimento;</p> <p>( ) declaração da Secretaria de Gestão de Pessoas de que o filho/enteado consta dos assentamentos funcionais do Titular, na condição de dependente;</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>( ) Comprovante de Residência em nome do dependente ou do titular (conta de água, luz, telefone).</p>

Nestes termos, pede deferimento.

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente



PODER JUDICIÁRIO  
 JUSTIÇA DO TRABALHO DA 8ª REGIÃO  
 SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
 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



**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 minhas informações de saúde a médicos e serviços de saúde públicos e privados, bem como AUTORIZO os médicos que me atenderam 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 lesão 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	DLP Doença ou lesão preexistente	Lateralidade (direita/esquerda/ ambos)

Estou ciente e de acordo que deverei cumprir 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



**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 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 lesão 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	DLP Doença ou lesão preexistente	Lateralidade (direita/esquerda/ ambos)

Estou ciente e de acordo que deverei cumprir 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