

# Programa de Assistência à Saúde Suplementar (PASS)

## Recadastramento anual

### Regulamentação:

Ato TRT7 nº [248/2024](#) Dispõe sobre o Programa de Assistência à Saúde Suplementar (PASS)

Ato TRT7 nº [125/2019](#) Dispõe sobre o instituto da dependência econômica para fins de inclusão de dependentes no PASS

### Previsão legal para o recadastramento

#### Ato TRT7 nº 248/2024

...

*Art. 9º O(A) beneficiário(a) titular é responsável pela atualização dos seus dados cadastrais e de seus(suas) dependentes junto à unidade competente, devendo comunicar, no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência, qualquer fato que implique a perda ou alteração da condição de beneficiário(a).*

**§ 1º Sem prejuízo da obrigação prevista no caput, anualmente a Secretaria de Gestão de Pessoas editará Portaria para o fim de regulamentar o procedimento de recadastramento de beneficiários(as) dependentes do Plano de Assistência à Saúde Suplementar, para verificação da manutenção dos requisitos à condição, em especial a comprovação de dependência econômica para o(a) titular.**

**§ 2º Os(As) beneficiários dependentes do PASS que não sejam recadastrados ou não atendam aos requisitos para tanto serão excluídos do programa.**

### Contextualização

O PASS consiste no ressarcimento do valor despendido, total ou parcialmente, pelos titulares ou seus dependentes, com pagamento de planos privados de saúde, inclusive odontológico, sob a forma de auxílio médico-hospitalar.

Podem ser incluídos como beneficiários titulares no PASS:

- Magistrado ativo e inativo;

- Servidor ativo e inativo;
- Pensionista (vedada a inscrição de dependentes).

Podem ser incluídos como beneficiários dependentes no PASS:

- Cônjuge ou companheiro com relação estável reconhecida;
- Filho que atenda a um dos seguintes requisitos:
  - a) menor de 21 anos;
  - b) inválido ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Enteado que se enquadre nas hipóteses previstas para o filho, comprovada a dependência econômica;
- Filhos e enteados que sejam maiores de 21 anos e até 24 anos que estejam cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, comprovada a dependência econômica;
- Menor de 18 anos, tutelado ou sob guarda, desde que comprovada dependência econômica;
- Irmão(ã), sem arrimo dos pais, até 18 anos, desde que o beneficiário titular detenha sua guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, sob tutela ou curatela;
- Mãe ou pai, desde que comprovada a dependência econômica.

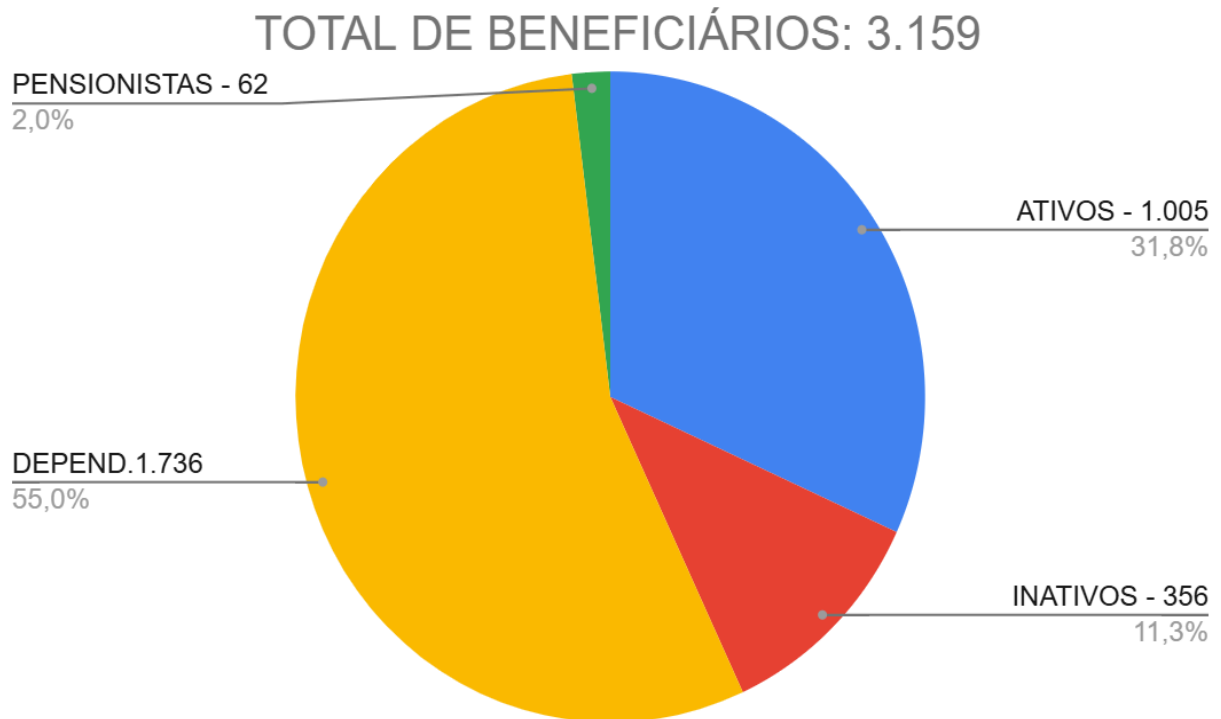
A documentação necessária à comprovação da dependência econômica se encontra no anexo do ATO TRT7 N° 125/2019.

### **Perda de prazo**

A perda do prazo regulamentar para o recadastramento anual implicará na suspensão do(s) dependente(s) no programa, devendo o titular protocolar Proad específico solicitando o restabelecimento do benefício.

### **Quantitativos de beneficiários**

Os quantitativos de titulares e dependentes do PASS são os seguintes:



### **ACESSANDO E PREENCHENDO O FORMULÁRIO ELETRÔNICO:**

O cadastramento do PASS foi desenvolvido exclusivamente em formulário eletrônico. Desta forma, caso o inativo ou o pensionista não possua as credenciais para acesso à extranet do Tribunal ou se elas estiverem bloqueadas, deverá se dirigir à Central de Atendimento da SETIC através dos seguintes contatos:

- Telefone: 85 2018-1919
- WhatsApp: [85 2018-1919](https://api.whatsapp.com/send?phone=8520181919)
- E-mail: [centraldeservicos@trt7.jus.br](mailto:centraldeservicos@trt7.jus.br)

Para acessar o sistema, dirija-se ao Portal de serviços na extranet/intranet e utilize a credencial de rede (titulares ativos) ou a credencial fornecida pela Central de Serviços de TIC (titulares inativos e pensionistas):

Olá, Luiz Carlos

Tribunal Regional do Trabalho  
7ª Região | Ceará

PORTAL DE SERVIÇOS - TRT7

O QUE VOCÊ PROCURA?

Informe o serviço a ser pesquisado

recadastr

Serviços e sistemas de apoio administrativo ⇒ Sistemas locais ou utilitários diversos de apoio administrativo

**CadPASS - Recadastramento de Beneficiários do Programa de Assistência de Saúde Suplementar - Acesso**

Processos judiciais eletrônicos - PJe

Cadastro de advogados(as) no PJe

Em seguida, o sistema exibirá o link para o Recadastramento do exercício correspondente. Clique no link e inicie o recadastramento pelos dados do titular, conforme abaixo:

## PARTE 1: INFORMAÇÕES DO TITULAR

Formulário de recadastramento - Recadastramento 2025

████████████████████ - SERVIDOR

⚠ **Atenção!** O(A) Servidor(a) ainda não concluiu o recadastramento do PASS. Realize o recadastramento para evitar a suspensão dos benefícios.

████████████████████ - SERVIDOR

⚠ **Recadastramento pendente**

A titularidade do plano de saúde cadastrado no Programa de Assistência à Saúde Suplementar do TRT7 é de quem? \*

Minha

Do meu cônjuge

De terceiros

É servidor(a) de outro órgão público ou possui vínculo com entidade da Administração Pública Indireta (autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública)? \*

Sim  Não

Pessoa com deficiência? \*  Sim  Não

Possui doença grave prevista em lei? \* [Clique para ler as doenças graves especificadas em lei](#)

Sim  Não

O reembolso do auxílio-saúde é realizado através de recibo entregue na Secretaria de Saúde do TRT-7? \*

Sim  Não

Salvar

**Pergunta 1:** A titularidade do plano de saúde cadastrado no Programa de Assistência à Saúde Suplementar do TRT7 é de quem?

**Orientação:** Informe se a titularidade do plano é sua ou de outro familiar. A titularidade pode ser de terceiros nos casos de comprovação da despesa através de recibo.

**Pergunta 2:** É servidor(a) de outro órgão público ou possui vínculo com entidade da Administração Pública Indireta (autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública)?

**Orientação:** Questão dirigida ao(à) magistrado(a), ao(à) servidor(a) ou ao(à) pensionista que responde ao formulário; caso a resposta seja positiva, informar o órgão ou a empresa pública, selecionando um nome constante da tabela ou clicando na caixa de diálogo logo abaixo do campo e digitando o nome da entidade, caso ele não conste da tabela.

SECRETARIA DE ESTADO DA TRIBUTAÇÃO DO RN - RN

SENADO FEDERAL-SECRETARIA ESPECIAL DO INTERLEGIS

DEPARTAMENTO DE LOGISTICA E SERV GERAIS-MIN DO PLANEJ, ORÇ E GESTÃO-SECRETARIA DE LOG E TI

SECRETARIA DA AÇÃO SOCIAL DO ESTADO - CE

SECRETARIA DA CULTURA DO ESTADO DO CEARÁ - CE

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL - STN

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E GESTÃO - CE

SECRETARIA DA SAÚDE - GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO - CEARÁ - CE

SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL

**Pergunta 3:** Possui deficiência?

**Orientação:** Informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o cadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias.

**Pergunta 4:** Possui doença grave prevista em lei?

**Orientação:** Informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o cadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias. Para consultar o rol de doenças especificadas em lei, basta clicar no link ao lado da pergunta, conforme destaque abaixo:

Possui doença grave prevista em lei? \* [🔗 Clique para ler as doenças graves especificadas em lei](#)

👍 👎

**⚠ Atenção!**

Doenças consideradas graves de acordo com o art. 6º, inciso XIV da [Lei nº 7.713, de 22/12/1998](#); art. 184, inciso I; art. 186, inciso I e 5º da [Lei nº 8.112, de 11/12/1990](#); art. 1º, art. 18, incisos I, II e III, art. 151 da [Lei nº 8.213, de 24/7/1991](#); art. 30, § 2º da [Lei nº 9.250, de 26/12/1995](#); alínea b do inciso II do art. 35 do Decreto 9580/2018:

- Neoplasia maligna (câncer).
- Espondiloartrose anquilosante.
- Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante).
- Tuberculose ativa.
- Hanseníase.
- Alienação mental.
- Esclerose múltipla.
- Cegueira.
- Paralisia irreversível e incapacitante.
- Cardiopatia grave.
- Doença de Parkinson.
- Nefropatia grave.
- Síndrome da deficiência imunológica adquirida – Aids.
- Contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada.
- Hepatopatia grave.
- Fibrose cística (mucoviscidose).

**Pergunta 5:** O reembolso do auxílio-saúde é realizado através de recibo entregue na Secretaria de Saúde do TRT-7?

**O reembolso do auxílio-saúde é realizado através de recibo entregue na Secretaria de Saúde do TRT-7? \***

Sim  Não

**SUGESTÃO:** Caso positivo, informar o Plano de saúde e/ou odontológico selecionando um nome constante da tabela ou clicando na caixa de diálogo logo abaixo do campo, digitando o nome da entidade se ela não conste na tabela.

**Informar o Plano de Saúde:**

Não se aplica



Clique aqui se não encontrou o plano na lista.

**Informar o plano odontológico:**

Não se aplica



Clique aqui se não encontrou o plano na lista.

**Informar o Plano de Saúde:**

Dropdown menu for "Informar o Plano de Saúde" with options: Não se aplica, ABAS, AMIL, ANAJUSTRA, ASSEFAZ, BENEFICÊNCIA CAMILIANA DO SUL.

**Informar o plano odontológico:**

Dropdown menu for "Informar o plano odontológico" with options: Não se aplica, UNIODONTO.

Ao terminar o preenchimento, clique no botão **SALVAR** e inicie o recadastramento do(s) seu(s) dependente(s):

**PARTE 2: INFORMAÇÕES DO(S) DEPENDENTE(S):**

O formulário exibe os dados cadastrados no Sistema de Gestão de Pessoas - SIGEP-JT preenchidos por ocasião da inclusão do(s) dependente(s) no programa e deverão ser corrigidos ou inseridos, caso necessário.

As regras basicamente são essas:

- Os dados pessoais sensíveis, tais como: *nome do familiar, CPF, data de nascimento, naturalidade, nome do pai/mãe, estado civil, raça/cor, CEP, logradouro, número, bairro, município, país, telefone, deficiência, invalidez e doença grave* são de **preenchimento obrigatório**. Para alterar esses dados, clique na opção logo abaixo do campo.

Nome do familiar: \*

Input field for "Nome do familiar" with a redacted value.

Clique aqui se a informação está ausente ou incorreta.

- Caso o recadastrando altere algum dado a seguir, o sistema exigirá um documento comprobatório, que poderá ser a certidão de nascimento, casamento ou a identidade. São eles: **nome do familiar, CPF e data de nascimento**. A inclusão no

formulário dos documentos mencionados deverá ser feita através de upload e é obrigatória.

**1** Dados pessoais do dependente

Nome do familiar: \*

Clique aqui se a informação está ausente ou incorreta.

CPF: \*      Data de nascimento: \*      Tipo de dependente:

Clique aqui se a informação está ausente ou incorreta.       Clique aqui se a informação está ausente ou incorreta.

Naturalidade: \*      Número da certidão de nascimento/casamento do dependente:

Clique aqui se a informação está ausente ou incorreta.

Nome do pai: \*      Nome da mãe: \*

Clique aqui se a informação está ausente ou incorreta.       Clique aqui se a informação está ausente ou incorreta.

Estado civil: \*      Raça/cor: \*

(Selecione)      (Selecione)

Número do documento de identidade:      Órgão expedidor:      UF:      Data da expedição:

CEP: \*      Logradouro: \*      Número: \*      Bairro \*

E-mail:      Telefone com DDD: \*      Telefone com DDD:

### Pergunta 1: Possui deficiência?

**Orientação:** Informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o cadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias.

### Pergunta 2: Pessoa inválida?

**Orientação:** Informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o cadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias.

### Pergunta 3: Possui doença grave prevista em lei?

**Orientação:** Informar se possui ou não. Não há necessidade de comprovação durante o cadastramento. Caso a resposta seja positiva, a Secretaria de Saúde será informada e adotará as providências que julgar necessárias. Para consultar o rol de doenças

especificadas em lei, basta clicar no link ao lado da pergunta, conforme destaque abaixo:

<b>Pessoa com deficiência? *</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>Pessoa inválida? *</b> <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	<b>Possui doença grave prevista em lei? *</b> <a href="#">Clique para ler as doenças graves especificadas em lei</a> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
---	---	--

**Pergunta 4:** O reembolso do auxílio-saúde do dependente cadastrado é realizado através de recibo entregue na Secretaria de Saúde do TRT-7?

**Orientação:** Em caso positivo, informar o Plano de saúde e/ou odontológico selecionando um nome constante da tabela ou clicando na caixa logo abaixo do campo, digitando o nome da entidade, caso não conste na tabela.

**Informar o Plano de Saúde:**

Clique aqui se não encontrou o plano na lista.

**Informar o plano odontológico:**

Clique aqui se não encontrou o plano na lista.

**Pergunta 5:** O beneficiário permanece como dependente econômico para fins de recebimento do Auxílio-saúde reembolsado pelo Tribunal?

**Orientação 1:** em caso negativo, informe a data em que se deu a causa da cessação da dependência e o motivo da não continuidade.

**Orientação 2:** em caso positivo, confirme ou altere o vínculo atual com o seu dependente, selecionando um dos itens da tabela;

**3 Dados do beneficiário**

**Beneficiário permanece como dependente econômico para fins de recebimento do Auxílio-saúde reembolsado pelo Tribunal? \***

[Clique para ler quem pode ser dependente econômico.](#)

No caso de dependente cônjuge ou companheiro informar sim caso se mantenha o casamento ou a união estável

Sim  Não

**Confirme ou altere o vínculo atual com seu dependente: \***

(Selecione)

AVÔ(Ó)

BISNETO

COMPANHEIRO(A)

CURATELADO(A)

CÔNJUGE

**Orientação 3:** De acordo com o tipo de vínculo de dependência selecionado, o formulário se comportará de forma diferente, conforme abaixo:

- Se o dependente for filho, menor sob guarda ou enteado e **for emancipado**, deverá ser informado como se deu a emancipação, selecionando uma das opções da tabela e a data da emancipação.
- Deverá ser informado ainda se o filho, menor sob guarda ou enteado, auferir pensão de terceiros e em caso positivo, informar a partir de qual data o recebimento se deu.

**3 Dados do beneficiário**

**Beneficiário permanece como dependente econômico para fins de recebimento do Auxílio-saúde reembolsado pelo Tribunal? \***

[Clique para ler quem pode ser dependente econômico.](#)

No caso de dependente cônjuge ou companheiro informar sim caso se mantenha o casamento ou a união estável

Sim  Não

**Confirme ou altere o vínculo atual com seu dependente: \***

FILHO(A)

⚠ Atenção! Foi informado um parentesco divergente do cadastrado no SIGEP. Verifique se a informação está correta. Será necessário incluir um documento comprobatório na próxima seção.

**Filho, menor sob guarda ou enteado é emancipado?**

Nos termos do parágrafo único do artigo 5º do Código Civil, a emancipação é o ato que faz com que pessoas menores de dezoito anos completas se tornem capazes de praticar diretamente atos da vida civil.

Sim  Não

**Meio da emancipação: \***

(Selecione) ▼

(Selecione)

Instrumento em Cartório ou Judicial

Casamento

Exercício de Cargo/Emprego Público

Colação de grau em curso de ensino superior

Estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria

**Data da emancipação: \***

**ista ou fundação pública)? \***

- Para os demais tipos de dependência, deverá ser informado apenas se o dependente auferir pensão de terceiros e em caso positivo, informar a partir de qual data o recebimento se deu.

Confirme ou altere o vínculo atual com seu dependente: \*

CURATELADO(A)

⚠ Atenção! Foi informado um parentesco divergente do cadastrado no SIGEP. Verifique se a informação está correta. Será necessário incluir um documento comprobatório na próxima seção.

Dependente auferir pensão de terceiros? \*

Sim  Não

- Havendo alteração do vínculo familiar, o formulário exigirá a anexação de documento comprobatório da nova situação, que poderá ser a *certidão de nascimento, o CPF, a certidão de casamento, a identidade, a declaração do imposto de renda, a decisão judicial no caso de tutelado ou menor sob guarda ou a comprovação de reconhecimento de união estável.*

- Para consultar quais familiares podem ser considerados dependentes econômicos, basta clicar no link em azul disponibilizado no item 3 do formulário.

### 3 Dados do beneficiário

**Beneficiário permanece como dependente econômico para fins de recebimento do Auxílio-saúde reembolsado pelo Tribunal? \***

[📄 Clique para ler quem pode ser dependente econômico.](#)

X

#### ⚠ Atenção!

Art. 2º Podem ser reconhecidos como dependentes econômicos do servidor ou do magistrado:

I - cônjuge ou companheiro cuja relação estável haja sido previamente reconhecida pelo Tribunal, mediante procedimento próprio;

II - filho que atenda a um dos seguintes requisitos: a) seja menor de 21 anos; b) seja inválido ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, conforme laudo emitido por Junta Médica Oficial.

III - enteado que se enquadre nas hipóteses do inciso II deste artigo, desde que comprovada a dependência econômica;

IV - filhos e enteados que sejam maiores de 21 anos e até 24 anos de idade, completos, se comprovada a dependência econômica do Titular, e que estejam cursando em estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau;

V - menor de 18 anos, tutelado ou sob guarda, desde que comprovada dependência econômica;

VI - irmão(ã), sem arribo dos pais, até 18 anos, desde que o beneficiário titular detenha sua guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, sob tutela ou curatela do magistrado ou do servidor, e comprovada sua dependência econômica;

VII - mãe ou pai, desde que comprovada a dependência econômica do magistrado ou do servidor e o registro nos assentamentos funcionais.

§ 1º O reconhecimento da dependência econômica ocorrerá dentro do processo em que for solicitada a inclusão do dependente no Programa de Assistência Médico Hospitalar e comprovada por meio dos documentos previstos no Anexo deste ato.

§ 2º A dependência econômica para o cônjuge se extingue pela separação judicial ou divórcio, pela anulação do casamento ou pelo óbito, e para o(a) companheiro(a), pela dissolução da união estável.

§ 3º A percepção de alimentos, por parte de ex-cônjuge ou ex-companheiro de magistrado ou de servidor, não se prestará à caracterização da dependência econômica para os fins deste ato.

§ 4º É vedada a inscrição de dependentes de pensionistas.

**Pergunta 6:** Dependente é servidor de outro órgão público ou possui vínculo com entidade da administração pública indireta (autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública)?

**Orientação 1:** Caso positivo, deverá ser informado a qual órgão ou empresa pública ele se encontra vinculado.

**Orientação 2:** Se o órgão/entidade não for encontrado na tabela apresentada, basta clicar abaixo do campo correspondente e digitar manualmente o nome;

Dependente é servidor(a) de outro órgão público ou possui vínculo com entidade da Administração Pública Indireta (autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública)? \*

Sim  Não

Informe o nome do órgão ou empresa pública a que está vinculado: \*

Digite para pesquisar

Não encontrou o órgão na lista?

**SECRETARIA DE ESTADO DA TRIBUTAÇÃO DO RN - RN**

SENADO FEDERAL-**SECRETARIA ESPECIAL DO INTERLEGIS**

DEPARTAMENTO DE LOGISTICA E SERV GERAIS-MIN DO PLANEJ, ORÇ E GESTÃO-**SECRETARIA DE LOG E TI**

**SECRETARIA DA AÇÃO SOCIAL DO ESTADO - CE**

**SECRETARIA DA CULTURA DO ESTADO DO CEARÁ - CE**

**SECRETARIA DO TESOIRO NACIONAL - STN**

**SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E GESTÃO - CE**

**SECRETARIA DA SAÚDE - GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO RIO DE JANEIRO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO - CEARÁ - CE**

**SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL**

**Pergunta 7:** Recebe auxílio-saúde pelo órgão ou entidade indicado no item anterior?

**Orientação 1:** Caso positivo, informar a data que o dependente passou a receber o auxílio-saúde ou benefício semelhante;

**Orientação 2:** Caso negativo, será necessário anexar ao formulário, documento comprobatório do não recebimento do benefício pelo órgão do dependente.

**Orientação 3:** Havendo dificuldade para obter a declaração no prazo estabelecido para o cadastramento, será admitida a inclusão do contracheque atual do dependente.

Recebe auxílio-saúde pelo órgão/ entidade indicado no item anterior? \*

Sim  Não

Informe a data em que passou a receber auxílio-saúde pelo órgão/entidade: \*

Recebe auxílio-saúde pelo órgão/ entidade indicado no item anterior? \*

Sim  Não

⚠ Atenção! o dependente informado não é beneficiário em programa similar em outro órgão/empresa pública. Será necessário enviar um documento comprobatório na próxima seção.

#### Documentos comprobatórios

Selecione os documentos:

📎 Declaração do órgão ou entidade com evidências de que o dependente não é participante de programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelo referido órgão ou entidade:

📎 Selecionar o arquivo

! Nenhum arquivo selecionado

**Orientação 4:** O formulário disponibiliza ainda, um campo texto para que o recadastrando possa prestar informações adicionais:

#### 5 Declarações

Declara que todos os dados pessoais e informações acima são verídicos e corretos? \*

Informe se todos os dados pessoais estão corretos e se as informações prestadas são verídicas. Em caso de divergência com os dados pessoais apresentados pelo sistema, marque não.

Sim  Não

Informações adicionais:

Adicione mais informações que queira prestar neste recadastramento.

**Orientação final:** após declarar que todos os dados informados são verídicos, clique no botão SALVAR, localizado na parte final do formulário, leia a mensagem intitulada ATENÇÃO. Em seguida, será necessário clicar no botão CONFIRMAR e neste momento o sistema verificará se todos os dados e documentos comprobatórios foram preenchidos e anexados. Caso não tenham sido, serão exibidas mensagens de erro na cor vermelha na parte superior do formulário, indicando as inconsistências que devem ser sanadas.

🔄 Salvar

**O envio do formulário somente será possível com o preenchimento completo dos dados e após fazê-lo, um recibo será gerado automaticamente.**

Atenção!



Caso haja alguma alteração nos dados informados neste recadastramento, estas deverão ser comunicadas através de Proad.

Prestar declaração falsa poderá sujeitar o declarante às penas da Lei no âmbito administrativo, civil e criminal (conforme disposto nos arts. 118, 132, inciso XII, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e art. 290 do Código Penal Brasileiro), caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Clique em salvar para concluir o recadastramento.

Confirmar



**Estado civil: informe o estado civil do dependente.**

**Raça/Cor: informe a raça/cor do dependente.**

**Número do logradouro: informe o número do logradouro de residência do dependente.**

**Bairro do logradouro: informe o bairro do logradouro de residência do dependente.**

**Município: informe o município do endereço de residência do dependente.**

**Deficiência: informe se o dependente é portador de deficiência.**

**Doença grave: informe se o dependente é portador de doença grave especificada em lei.**

**Solicita reembolso: informe se o reembolso do auxílio-saúde é realizado através de recibo entregue na Secretaria de Saúde do TRT-7.**

**Envie o arquivo: Declaração do órgão ou entidade com evidências de que o dependente não é participante de programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelo referido órgão ou entidade**

**Informe se os dados pessoais estão corretos.**

- **Para tirar dúvidas ou solicitar esclarecimentos sobre o preenchimento:**
  - E-mail: [recadastramentopass@trt7.jus.br](mailto:recadastramentopass@trt7.jus.br)
  - Telefone: (85) 3388-9466 (magistrados)
  - Telefone: (85) 3388-9463 (magistrados e servidores inativos)
  - Telefone: (85) 3388-9462/9464/9239 (servidores ativos)
  - Telefone: (85) 3388-9406 (Secretaria de Saúde)
  
- **Para solucionar problemas de acesso ao formulário ou falhas no sistema:**
  - E-mail: [centraldeservicos@trt7.jus.br](mailto:centraldeservicos@trt7.jus.br)
  - Telefone: 85 2018-1919
  - WhatsApp: [85 2018-1919](https://api.whatsapp.com/send?phone=8520181919)

