



Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde de Servidores do Estado de Sergipe

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO AO IPESAÚDE  
SERVIDOR ESTADUAL INATIVO DA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA  
DEPENDENTE**

Eu, \_\_\_\_\_ servidor(a) público estadual inativo(a), portador(a) do CPF: \_\_\_\_\_, solicito a Vossa Senhoria, autorização referente a minha Inscrição ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE, nos termos do Art. 7º, da Lei nº5.853/2006 de 20 de Março de 2006 e suas posteriores alterações.

\*A contribuição será calculada sobre o total da remuneração atualmente percebida pelo vínculo do órgão mencionado abaixo.

**DADOS DO SERVIDOR:**

Órgão de origem: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone:(    ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**\*Estou ciente de que tal contribuição será feita mediante boleto bancário disponibilizado no site [www.ipesaude.se.gov.br](http://www.ipesaude.se.gov.br) todo 1º dia útil do mês subsequente à data abaixo.**

**\*É obrigatório o preenchimento de todos os campos e envio de toda documentação exigida para adesão.**

**ⓐ RG E CPF**

**ⓐ** Comprovante de residência

**ⓐ** Declaração do órgão de origem;

**ⓐ** Extrato Previdenciário – CNIS detalhado. (Emissão via site do INSS: <https://meu.inss.gov.br/central> . Obs: documento CNIS tem validade de apenas 2 meses.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante ou Responsável Legal.

\* Os dados apresentados são de inteira responsabilidade do assinante.

**ATENDENTE:** \_\_\_\_\_