



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

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO AO IPESAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU - DEPENDENTE**

Eu, _____ servidor(a) público municipal () **ATIVO(a)** () **INATIVO(a)**, portador(a) do CPF: _____,

solicito a Vossa Senhoria, autorização referente à Inscrição/manutenção do meu dependente ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE, nos termos do Art. 2º, da Lei 8.543 de 17 de Junho de 2019, Convênios 34 e 35/2020 publicados no D.O.E em 06 de agosto de 2020 e do Decreto 5.035 de 11 de Novembro de 2014 (autorização de consignação na folha de pagamento).

Obs: De acordo com o Convênio 22/2021 o Beneficiário Dependente: *pessoa já inscrita junto ao IPESAÚDE como beneficiária dependente ou agregada na data da publicação da Lei 8543/2019.(regresso-cadastrados antes de 01/03/2019)*

Convênio 23/2021 o Beneficiário Dependente: *a contribuição devida dos demais membros dependentes será em conformidade com a tabela do anexo II - tabela faixa etária. (NOVO)*

DADOS DO DEPENDENTE:

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ CPF: _____

RG: _____ SSP: _____ Data de Nascimento: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Telefone:() _____ E-mail: _____

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

**Documentos do titular: RG E CPF; Contracheque atualizado com desconto; comprovante de residência;

*** Documentos do dependente de acordo com cada tipo.

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO POR DEPENDENTE		
Convênio 22/2021 (Regressos)	Cônjuge ou companheiro com renda própria até 3(três) salários mínimos, filhos menores de 18 anos, filhos até 24 anos matriculados e cursando nível superior e filhos incapazes inválidos.	Alíquota %
	Cônjuge ou companheiro com renda própria superior a 3(três) salários mínimos, pais com renda própria e filhos maiores de 18 anos e que não estejam matriculados e cursando nível superior	Faixa etária
	Pais sem renda própria (Cláusula sétima)	8%
Convênio 23/2021 (Novos)	Cônjuge ou companheiro com renda própria até 3(três) salários mínimos, filhos incapazes inválidos. Descendentes em linha reta até 35 anos. Pais sem renda própria	Faixa etária

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Solicitante ou Responsável Legal.

* Os dados apresentados são de inteira responsabilidade do assinante.

ATENDEnte: _____