



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

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO AO IPESAÚDE
CÂMARA 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 01 e 02/2020 publicados no D.O.E em 03 de fevereiro de 2021 e do Decreto 5.035 de 11 de Novembro de 2014 (autorização de consignação na folha de pagamento).

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

Convênio 02/2021 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 01 (regressos)	Cônjuge ou companheiro(a) 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(a) 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 02 (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: _____