



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

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO SERVIDOR CEDIDO - DEPENDENTE

Eu, _____ servidor(a) público estadual de Sergipe, portador(a) do CPF: _____, tendo sido cedido do órgão de origem para _____ conforme portaria válida de nº _____/_____, consoante autorizado por Lei, solicito a Vossa Senhoria autorização referente a Inscrição do meu dependente ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE.

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: Filha(o) menor de 18 anos, Filho Universitária (o) até 24 anos; Filho Inválido; Esposa(o); Companheira (o); Enteada(o) menor de 18 anos; Enteada(o) Universitário (a) até 24 anos; Tutelado. Ascendente e Descendente.

******Estou ciente de que tal contribuição será feita mediante boleto bancário disponibilizado no site www.ipesaude.se.gov.br todo 1º dia útil do mês subsequente à data abaixo, que a contribuição referente ao dependente será de acordo com o especificado na Lei 8.101/2016 e somado no valor do boleto do titular.**

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Solicitante ou Responsável Legal.

* Os dados apresentados são de inteira responsabilidade do assinante.

ATENDENTE: _____