



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

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO AO IPESAÚDE
DEPENDENTE – SERVIDOR ESTADUAL
ASCENDENTE**

Eu, _____, Beneficiário(a) titular do IPESAÚDE, portador(a) do CPF: _____ solicito a Vossa Senhoria, autorização referente à Inscrição do meu dependente ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE, nos termos do Art. 8º, da Lei nº5.853/2006 de 20 de Março de 2006 e suas posteriores alterações. Conforme estabelecido nos termos do Art.13º, inciso III, da Lei 8.101 de 12 de Abril de 2016.

DADOS DO DEPENDENTE:

Nome: _____

Grau de parentesco (pai/mãe): _____ 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 ASCENDENTE: RG E CPF; comprovante de residência; carteira de trabalho (página da foto, verso e último contrato de trabalho) caso tenha; 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: _____