



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

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO AO IPESAÚDE  
DEPENDENTE – SERVIDOR ESTADUAL  
ATIVO/INATIVO/PENSIONISTA**

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. 4º e do Art.13º, inciso V, da Lei 8.101 de 12 de Abril de 2016.

**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.

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO POR DEPENDENTE					
* NO CASO DE SERVIDOR ATIVO/INATIVO/PENSIONISTA: VALOR A SER SOMADA/ACRESCENTADO DE CADA DEPENDENTE NO CONTRACHEQUE.					
Entre 0 e 10 anos	0,7%	Entre 24 e 29 anos	1,2%	Entre 50 e 59 anos	2,0%
Entre 11 e 17 anos	0,8%	Entre 30 e 39 anos	1,5%	60 anos ou mais	2,5%
Entre 18 e 23 anos	1,0%	Entre 40 e 49 anos	1,8%		

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

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

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

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