



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

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO AO IPESAÚDE  
SERVIDOR PÚBLICO MUNICÍPIOS CONVENIADOS  
DEPENDENTE**

Eu, \_\_\_\_\_ servidor(a) público(a) municipal da *Prefeitura/Câmara* de \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF: \_\_\_\_\_ solicito a Vossa Senhoria, autorização referente a Inscrição do meu dependente ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE, nos termos da Lei nº8439 de 05 de julho de 2018 e Lei nº 8.473 de 08 de Novembro de 2018.

Obs: A tabela de contribuição dos beneficiários inscritos no IPESAÚDE, mediante celebração de convênios com o Instituto, está contida nos anexos V e VI da Lei 8.439/2018.

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.

\*\*\* Documentos do dependente/descendente de acordo com cada tipo.

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO POR DEPENDENTE / DESCENDENTE ATÉ 35 ANOS DE IDADE					
Entre 0 e 18 anos	R\$83,21	Entre 19 e 29 anos	R\$140,17	Entre 30 e 39 anos	R\$197,10
Entre 40 e 49 anos	R\$262,38	Entre 50 e 59 anos	R\$328,49	Acima de 59 anos	R\$394,20

\*Estou ciente de que tal contribuição será feita mediante boleto bancário disponibilizado no site [www.ipesaude.se.gov.br](http://www.ipesaude.se.gov.br) todo 1º dia útil do mês subsequente à data abaixo.

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

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

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

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