



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

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO AO IPESAÚDE
DESCENDENTE - 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 descendente(s) ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE, na condição de descendente em linha reta (filho/netos/bisneto/tataraneto) até 35 anos, nos termos do Art. 8º, inciso IV, a Lei 8.439 de 05 de Julho de 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 descendente de acordo com cada tipo:

FILHO: RG e CPF; comprovante de residência.

NETO: RG e CPF; Certidão de nascimento ou RG dos pais; comprovante de residência.

BISNETO/TATARANETO: RG e CPF; Certidão de nascimento ou RG dos pais e avós/bisavós; comprovante de residência.

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO POR DESCENDENTE

Entre 0 e 18 anos	R\$83,21	Entre 19 e 29 anos	R\$140,17	Entre 30 e 35 anos	R\$197,10
-------------------	----------	--------------------	-----------	--------------------	-----------

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.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Solicitante ou Responsável Legal.

* Os dados apresentados são de inteira responsabilidade do assinante.

ATENDENTE: _____