



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](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: \_\_\_\_\_