



CADASTRO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE (Preencher em letra de forma)

NOME DO SERVIDOR/PENSIONISTA:		
<input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA	CARGO:	
MATRÍCULA SIAPE:	LOTAÇÃO:	
NASCIDO(A) EM: DIA MÊS ANO	ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO:		
N.º:		
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
D D D FONE RESIDENCIAL:	FONE COMERCIAL:	CELULAR:

INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES(S):

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE	RELAÇÃO DE DEPENDENCIA	DATA DE NASCIMENTO		
		DIA	MÊS	ANO
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	
		/	/	

Para fins de cadastro inicial, anexar cópia dos seguintes documentos, ficando condicionada à apresentação dos originais:

- Contrato com a operadora de plano de saúde;
- Comprovante de pagamento da última prestação;
- Certidão de nascimento e CPF do(s) filho(s), enteado(s), ou dependente(s) com provisão de guarda judicial;
- Caso o filho, enteado ou dependente legalmente constituído tiver mais de 21 anos e menos de 24 anos deverá ser apresentado comprovante de que o mesmo é estudante de instituição reconhecido pelo MEC;
- Certidão de Casamento; ou documento comprobatório de união estável, inclusive se relação homoafetiva.

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)