



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEPLOG

REQUERIMENTO DE ADESÃO/EXCLUSÃO/ALTERAÇÃO AO IPESAÚDE

Beneficiários:

- Titular
 Dependente
 Agregado

Tipo do Plano:

- Plano Básico
 Plano Especial

Solicitação:

- Inclusão
 Alteração
 Exclusão

Obs: _____

DADOS DO SOLICITANTE (TITULAR):

Nome Completo: _____, solicito à Vossa Senhoria, autorização referente a **Adesão/exclusão/alteração** ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE, nos termos dos arts. 4º e 9º da Lei 5.853 de 20 de Março de 2006, publicada no D.O.E. do dia 30 de março de 2006 e do Convênio nº 02/2016.

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CPF:	Data Nascimento: ____/____/____
RG (Carteira de Identidade):	Data da Emissão: ____/____/____
Órgão emissor:	País emissor: <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Outros
Matricula do Servidor:	Situação: <input type="checkbox"/> Servidor Ativo <input type="checkbox"/> Servidor Aposentado / Pensão
Nome da Mãe:	

DADOS DE ENDEREÇO:

Logradouro (Rua, Av. Praça, etc.):

Nº	CEP:	Complemento:		
Bairro:	Município:	UF:	Fone:	
Email:				



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEPLOG

FAIXA SALARIAL:

- Até R\$ 879,00
 R\$ 880,00 a R\$ 1.000,00
 R\$ 1.000,01 a R\$ 2.000,00
 R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00
 R\$ Acima de R\$ 3.000,00

DADOS DOS DEPENDENTES E / OU AGREGADOS:

Nome Completo:		Data Nascimento: ____/____/____	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Tipo de Beneficiário: <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	CPF:	Universitário: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome Completo:		Data Nascimento: ____/____/____	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Tipo de Beneficiário: <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	CPF:	Universitário: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome Completo:		Data Nascimento: ____/____/____	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Tipo de Beneficiário: <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	CPF:	Universitário: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nesses Termos,
Pede Deferimento.

Aracaju – SE, ____ de ____ de ____

Assinatura do Solicitante