MEC-SETEC
INSTITUTO FEDERAL DO PARÁ
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO
GDRH - GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

INSTITUTO FEDERAL
PARÁ

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

NOME DO SERVIDOR/PENSIONISTA:

☐ EFETIVO ☐ APOSENTADO ☐ 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
		DIA / MÊS / ANO
		DIA / MÊS / ANO
		DIA / MÊS / ANO
		DIA / MÊS / ANO
		DIA / MÊS / ANO
		DIA / MÊS / ANO
		DIA / MÊS / ANO
		DIA / MÊS / ANO
		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 ultima 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)