**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** | | | | | |
| Nome |  | | | | |
| CPF |  | RG |  | Órgão Expedidor |  |
| Cargo |  | | | Matrícula |  |
| Lotação |  | | | | |

Venho por meio deste documento requerer:

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ | a **NÃO INCLUSÃO** no plano de saúde |
| ⬜ | a **INCLUSÃO** no plano de saúde |

Em caso de **inclusão** no plano de saúde, marque a opção de preferência:

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ | Plano Enfermaria |
| ⬜ | Plano Apartamento |

**OBSERVAÇÕES:**

* Aos servidores inclusos, será descontado o valor de 50% (cinquenta por cento) do plano + a coparticipação em consultas e exames.
* Em caso de escolha pelo Plano Apartamento, será cobrado o valor da diferença entre o Plano Enfermaria e o Plano Apartamento.
* **Em caso de exoneração do cargo, são obrigatórios a entrega do cartão do plano de saúde e o preenchimento de documentação pertinente no Setor de Recursos Humanos.**
* Em caso de requerer inclusão de dependente no plano de saúde, é necessário a apresentação de cópia do cartão do SUS do dependente.
* **Ao servidor titular que estiver afastado pela Previdência Social (INSS), é necessário que este faça o depósito do valor do plano até o dia 10 do mês corrente.**

DECLARO estar ciente e concordar com as condições estabelecidas neste requerimento de inclusão do Plano de Saúde.

Por ser a expressão da verdade, firmo as informações prestadas na presente data.

Ouro Preto, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) servidor(a)