

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE			
Nome			
CPF		PIS/PASEP	
Identidade		Telefone / Celular	
Cargo			
Lotação			
PARA INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE			
<p>Devem ser apresentados, junto a este requerimento, os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia legível de <b>comprovante de endereço</b> atualizado;</li> <li>• Cópia legível de <b>CPF e carteira de identidade</b>;</li> <li>• Cópia legível do <b>cartão do SUS</b>.</li> </ul> <p>Em caso de <b>exoneração</b> do cargo, são <b>obrigatórios</b> a entrega do cartão do plano de saúde e o preenchimento de documentação pertinente no Departamento de Recursos Humanos.</p> <p>Em caso de requerer inclusão de dependente no plano de saúde (<b>cônjuge</b> e/ou <b>filhos</b> – até 21 anos), é necessário a apresentação de cópias legíveis dos seguintes documentos de cada dependente: <b>cartão do SUS, carteira de identidade</b> ou <b>certidão de nascimento</b> e <b>CPF</b>. O titular do plano arcará com 100% do valor do plano e da coparticipação dos dependentes.</p>			
DEPENDENTES (se aplicável)			
Nome		CPF	
Nome		CPF	
Nome		CPF	

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        .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente