

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE**

Nome			
CPF		Cartão do SUS	
Identidade		Data de Expedição	
Telefone / Celular			
Cargo			
Lotação			

**PARA INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE**

Devem ser apresentados, junto a este requerimento, os seguintes documentos:

- Cópia legível de **comprovante de endereço** atualizado;
- Cópia legível de **CPF e carteira de identidade**;
- Cópia legível do **cartão do SUS**.

Em caso de **exoneração** do cargo, são **obrigatórios** a entrega do cartão do plano de saúde e o preenchimento de documentação pertinente no Departamento de Recursos Humanos.

Em caso de requerer inclusão de dependente no plano de saúde (**cônjuge e/ou filhos** – até 21 anos), é necessário a apresentação de cópias legíveis dos seguintes documentos de cada dependente: **cartão do SUS, carteira de identidade** ou **certidão de nascimento** e **CPF**. O titular do plano arcará com 100% do valor do plano e da coparticipação dos dependentes.

**DEPENDENTES (se aplicável)**

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