



FICHA DE INSCRIÇÃO DO TITULAR

1 - DADOS DO(A) TITULAR (Preencher com letra de forma)

1- Nome		2- Matrícula				
Nome Social (PORTARIA PGR/MPU Nº 7, DE 1º DE MARÇO DE 2018)						
3- Situação Funcional		4- Atividade				
<input type="checkbox"/> Membro	<input type="checkbox"/> Quadro	<input type="checkbox"/> Requisitado	<input type="checkbox"/> Contratado	<input type="checkbox"/> Cedido	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Inativo
<input type="checkbox"/> Pensionista Vitalício	<input type="checkbox"/> Pensionista Filho					
12- Filiação 1		13- Filiação 2 (preferencialmente o nome da mãe)				
7- Sexo	8- Estado Civil	9- Nacionalidade	10- Naturalidade	11- UF		
12- Data de Nascimento	13- CPF	14- Identidade		15- Órgão Emissor		
12- Endereço						
17 – Bairro		18 – Cidade		19- CEP	20 – UF	
21 – Telefone Residencial	22 – Telefone Celular	23 – Telefone Comercial	24 – Lotação			
25 – Endereço Eletrônico (e-mail)						
26 – Banco		27 – Agência		28 – Conta-corrente		

2 – SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO COMO BENEFICIÁRIO

Solicito minha inscrição como beneficiário do PLAN-ASSISTE, declarando que as informações prestadas são a expressão da verdade, sob pena de responsabilizar-me por declarações falsas.

Assino ciente de que a vinculação cessará, a meu pedido, por afastamento, demissão, exoneração ou perda da condição de pensionista.

Declaro ter conhecimento do Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE e declaro estar ciente e concordar com as normas do Programa de Saúde. Estou ciente de que a inscrição no PLAN-ASSISTE implica na adesão às operadoras auxiliares contratadas pelo Programa de Saúde.

Autorizo também o PLAN-ASSISTE a promover os meios necessários com vista a efetuar o desconto sobre minha remuneração/proventos, de acordo com o previsto no Regulamento Geral.

Data de Inscrição ____/____/____	Assinatura do titular
--	-----------------------

3 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE

<input type="checkbox"/> Cédula de Identidade	<input type="checkbox"/> Inscrição com carência
<input type="checkbox"/> Comprovante de remuneração percebida no Órgão Cedente ou cessionário	90 dias - até ____/____/____
<input type="checkbox"/> Inscrição sem carência	180 dias - até ____/____/____
	300 dias - até ____/____/____
	24 meses - até ____/____/____

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada

Local e Data	Assinatura / Carimbo
--------------	----------------------