



**Ministério Público da União**  
**Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE**



**FICHA DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS**

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

1-Nome	2-Matrícula
--------	-------------

**2 – DADOS DO DEPENDENTE**

1 – Nome do dependente	Nome Social (PORTARIA PGR/MPU Nº 7, DE 1º DE MARÇO DE 2018 )		
4-Tipo de Dependência			
<input type="checkbox"/> Filhos e enteados acima de 21 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos ( ex-guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela e dependentes econômicos	
<input type="checkbox"/> Beneficiário Especial Pai/Mãe (NC 14/2019)	<input type="checkbox"/> Ex-cônjuge/ex-companheiro decisão judicial ou escritura pública	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes , entre 21 e 24 anos ( ex-guarda ou tutela )	
5- Data de nascimento	6- Sexo	7- Naturalidade	8- Estado Civil
9- CPF	10- Identidade		11- Órgão Emissor / UF
12- Filiação 1		13- Filiação 2 (preferencialmente o nome da mãe)	

1 – Nome do dependente	Nome Social (PORTARIA PGR/MPU Nº 7, DE 1º DE MARÇO DE 2018 )		
2-Tipo de Dependência			
<input type="checkbox"/> Filhos e enteados acima de 21 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos ( ex-guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela e dependentes econômico	
<input type="checkbox"/> Beneficiário Especial Pai/Mãe (NC 14/2019)	<input type="checkbox"/> Ex-conjuge/ex-companheiro decisão judicial ou escritura pública	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes , entre 21 e 24 anos ( ex-guarda ou tutela )	
3- Data de nascimento	4- Sexo	5- Naturalidade	6- Estado Civil
7- CPF	8- Identidade		9- Órgão Emissor / UF
12- Filiação 1		13- Filiação 2 (preferencialmente o nome da mãe)	

**3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Pelo presente termo de responsabilidade declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinam a exclusão do(s) dependente(s) indicados: óbito do dependente; cessação de invalidez de filho inválido; perda do pátrio poder; da guarda ou tutela de menor, alteração do estado civil e fim da dependência econômica.

Estou ciente de que a minha contribuição mensal sofrerá o acréscimo , por dependente incluso, de 1,5% da maior remuneração do cargo de analista do Ministério Público da União, considerando-se para este fim o somatório do vencimento básico e GAMPU ( art. 1º , § 4º da norma Complementar nº 13 do Regulamento Geral do Plan-Assiste) e que, para os beneficiários especiais pai e mãe, aplica-se para fins de contribuição mensal o disposto no Art. 1º, § 3º, da Norma Complementar nº 14, de 22/03/2019 (Acréscimo de 50% sobre a contribuição prevista na Alínea 'd' do Art. 5º da Norma Complementar nº 13).

Estou ciente ainda de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido sujeitar-me-á às penalidades previstas em norma específica e no Regulamento Geral do Plan-Assiste.

<b>Data de Inscrição</b> ____/____/____	Assinatura do titular
--	-----------------------

**4– PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE**

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

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada

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