



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

FICHA DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

1 - DADOS DO(A) TITULAR

1 – Nome do titular	3 – Matrícula
---------------------	---------------

2 – DADO(S) DO(S) DEPENDENTE(S)

1 – Nome	2 – Opção pela Unimed <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
----------	--

3 – Tipo de dependência		
<input type="checkbox"/> Filhos/enteados até 24 anos, não dependentes perante a legislação tributária, solteiros e não estudantes	<input type="checkbox"/> Filhos/enteados acima de 24 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela e dependentes econômicos
<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos (ex-guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes, entre 21 e 24 anos (ex-guarda ou tutela)	

4 – Data de nascimento	5 – Data de inscrição	6 - Sexo	7 – Naturalidade	8 – É estudante? (S/N)
------------------------	-----------------------	----------	------------------	------------------------

9- Estado civil	10 – CPF	11- Identidade	12 – Órgão emissor/UF
-----------------	----------	----------------	-----------------------

13 – Nome do pai	14 – Nome da mãe
------------------	------------------

1 – Nome	2 – Opção pela Unimed <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
----------	--

3 – Tipo de dependência		
<input type="checkbox"/> Filhos/enteados entre 18 e 24 anos, solteiros não estudantes	<input type="checkbox"/> Filhos/enteados acima de 24 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela
<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos (ex-guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes, entre 21 e 24 anos (ex-guarda ou tutela)	

4 – Data de nascimento	5 – Data de inscrição	6 - Sexo	7 – Naturalidade	8 – É estudante? (S/N)
------------------------	-----------------------	----------	------------------	------------------------

9- Estado civil	10 – CPF	11- Identidade	12 – Órgão emissor/UF
-----------------	----------	----------------	-----------------------

13 – Nome do pai	14 – 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) indicado(s): óbito do dependente; cessação de invalidez de filho inválido; perda do pátrio poder; da guarda ou da tutela de menor.

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, § 8º, da Norma Complementar nº 1 do Regulamento Geral do Plan-Assiste).

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.

Local e Data	Assinatura do titular
--------------	-----------------------

3 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE

<input type="checkbox"/> Cópia da certidão de registro civil do(s) dependente(s)	
<input type="checkbox"/> Uma foto 3 x 4	
<input type="checkbox"/> Comprovação das condições exigidas na Norma Complementar nº 1 relativas à vida em comum, renda, escolaridade, guarda ou tutela e Imposto de Renda	
<input type="checkbox"/> Inscrição sem carência	<input type="checkbox"/> Inscrição com carência até ____ / ____ / ____

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada	
Data	Assinatura/Carimbo