



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

FICHA DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

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

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"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Pai, mãe, padrasto ou madrasta
<input type="checkbox"/> Filho(a)/enteado(a) dependente perante a legislação tributária	<input type="checkbox"/> Filho(a)/enteado(a) até 24 anos, estudante e dependente perante a legislação tributária	<input type="checkbox"/> Pessoa sob guarda ou tutela (até 18 anos), dependente perante a legislação tributária

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

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

3 – Tipo de dependência		
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Pai, mãe, padrasto ou madrasta
<input type="checkbox"/> Filho(a)/enteado(a) dependente perante a legislação tributária	<input type="checkbox"/> Filho(a)/enteado(a) até 24 anos, estudante e dependente perante a legislação tributária	<input type="checkbox"/> Pessoa sob guarda ou tutela (até 18 anos), dependente perante a legislação tributária

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

3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente termo de responsabilidade, declaro que meus beneficiários dependentes cumprem as condições estabelecidas no Regulamento Geral do Plan-Assiste e na Norma Complementar nº 1 do Conselho Gestor, de 21 de dezembro de 2007.

Declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinam a exclusão do(s) dependente(s) indicado(s): maioridade de filho; óbito do dependente; cessação de invalidez de filho inválido; perda do pátrio poder, da guarda ou da tutela de menor; desquite, divórcio ou separação.

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