.

# **REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO PLANO DE SAÚDE**

**Nome do Declarante: Cargo**: **Lotação**: **Endereço: nº** **CEP: Bairro: Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado Civil: CPF**: **Tel.**

Em obediência à Legislação (Decreto nº 4978/2004, modificado pelo Decreto nº 5010/2004, e Portaria Normativa nº 03/2009-SRH/MPOG), venho pelo presente informar-lhes, como encargo(s) de família(s) abaixo(s) relacionado(s), conforme documentação anexa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ordem** | **Nome do Dependente** | **Relação de Dependência** | **Dt/Nascimento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V. Vª (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

, / /

Assinatura

**Lançado no SIAPE**

**/ /**

Assinatura