

## FICHA DE RECADASTRAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Preencha, assine e entregue ao NAGP do *campus* de sua lotação, com cópia dos documentos comprobatórios.  
É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário, sob pena de não se efetuar o cadastro pela ausência de algum dado.  
Observação: Para dependentes MENORES de 18 anos, o CPF é obrigatório.

DADOS CADASTRAIS DO USUÁRIO TITULAR										
Nº Matrícula SIAPE		Data de Nascimento		Sexo		CPF				
Nome										
Cargo				Lotação						
Situação	ATIVO		INATIVO		PENSIONISTA					
TITULAR DE PLANO DE SAÚDE										
QUAL?										
DADOS CADASTRAIS DOS USUÁRIOS DEPENDENTES										
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								
Nome									CPF	
Data de Nascimento				Estado Civil			Grau de Parentesco			
Sexo		Nome da Mãe								

### TERMO De RESPONSABILIDADE

“Pelo presente Termo, declaro para todos os fins legais, que:”

“Todas as informações preenchidas são verdadeiras e estão de acordo com a legislação vigente à data de assinatura.”

“Comprometo-me à comunicar ao IF Baiano qualquer alteração que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes inscritos, entre eles, casamento, morte, alteração de dependência econômica, filho maior de 24 anos, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal, desligamento do plano contratado, ou qualquer outra situação, dentro do prazo de trinta dias a contar da data da alteração.”

“Tenho conhecimento de que os benefícios per capita serão destinados ao auxílio no custeio da assistência à saúde suplementar e só serão disponibilizados aos servidores titulares de planos de saúde e seus dependentes legais, conforme legislação vigente.”

LOCAL	DATA	ASSINATURA DO TITULAR
RECEBIDO EM	DATA	RESPONSÁVEL/CARIMBO
LANÇADO NO SIAPE EM	DATA	MATRÍCULA