



Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração
Coordenação-Geral de Recursos Humanos

**FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR PARA OS SERVIDORES DO MTE – MODALIDADE DE LIVRE-ESCOLHA**

(Portaria Normativa /SRH/MPOG n.º 03, de 30 de julho de 2009)

1. Identificação do Servidor

Nome do Titular:		Matrícula SIAPE:
Sexo:	Data de Nascimento: ____/____/____	CPF
Rg:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão: ____/____/____
Situação: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Nomeado Cargo em Comissão <input type="checkbox"/> Requisitado <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Carreira Desc. <input type="checkbox"/> Pensionista Obs: Os pensionistas não poderão incluir dependentes.		
Lotação:		Plano de Saúde contratado:
E-mail:		Ramal:

2. Identificação do(s) Dependente(s)

DEPENDENTE		
Nome:		
Sexo:	Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:
Endereço/Cidade:		UF:
Obs: Informar se o dependente é excepcional ou inválido. Em caso positivo, anexar laudo.		
DEPENDENTE		
Nome:		
Sexo:	Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:
Endereço/Cidade:		UF:
Obs: Informar se o dependente é excepcional ou inválido. Em caso positivo, anexar laudo.		
DEPENDENTE		
Nome:		
Sexo:	Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:
Endereço/Cidade:		UF:
Obs: Informar se o dependente é excepcional ou inválido. Em caso positivo, anexar laudo.		

3. Solicitação de Adesão e Autorização

Solicito minha inclusão como participante do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do MTE, na modalidade de livre-escolha, em conformidade com o estabelecido na Portaria/SRH/MP nº 03, de 30 de julho de 2009.

4. Termo de Responsabilidade

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que estou ciente e de acordo com o disposto no Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do MTE, implantado por meio da Portaria/GM/MTE nº. 2096, de 22 de outubro de 2009, me comprometendo a:

I – comunicar à área de recursos humanos da unidade a que sou vinculado, quanto a qualquer evento que implique a perda do meu direito e ou de meus dependentes inscritos, dentro do prazo de vinte dias a contar da data do evento;

II – apresentar o comprovante de quitação mensal do plano contratado até o 05º dia útil do mês subsequente.

Declaro, ainda, que não sou beneficiário de outro programa da saúde custeado, ainda que parcialmente, com recursos do Tesouro Nacional, nem mesmo na condição de dependente.

Declaro ainda, que os meus dependentes não são beneficiários de plano de saúde custeado com recursos públicos.

Estou ciente que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, bem como às previstas na Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, se descumpridas as determinações legais pertinentes ao caso.

Local e Data

Assinatura do titular

5. Unidade de Recursos Humanos

Autorizamos a inscrição do servidor; do (s) dependente (s) informado (s) neste documento.

O servidor fará jus ao reembolso mensal no valor de R\$ _____, referente a _____ *per capita*.

UF:

DATA: ____/____/____

Matrícula do Autorizador:

Assinatura/Carimbo do Autorizador

UMA VIA PARA O PARTICIPANTE – UMA VIA PARA A PASTA FUNCIONAL DO TITULAR